info
coordination intervention suisse
drog

coordination intervention suisse

Migrationsgerechte Suchtarbeit

Texte von der Praxis für die Praxis

Migrationsgerechte Suchtarbeit

Texte von der Praxis für die Praxis

Eine Publikation von Infodrog

Impressum

Herausgeber
Infodrog
Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

Redaktion
Marianne König Setiadi
Aline Bernhardt Keller

Übersetzungen
Rolf Lüthi Übersetzungen AG, Bern

Layout
visu'l AG, Bern

Druck
Merkur Druck AG, Langenthal

Bestelladresse
Infodrog
Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14
T 031 376 04 01
F 031 376 04 04
office@infodrog.ch
www.infodrog.ch

© Infodrog 2009

ISBN: 978-3-9522791-5-1

Inhalt

1	Vorwort	2
2	Zu diesem Buch	4
3	Transkulturelle Kompetenz	9
4	Kommunikation – Beziehung	12
5	Arbeit mit DolmetscherInnen	16
6	Anamnese – Therapie	19
7	Transkulturalität und Sucht: vom Konzept zur Praxis	23
8	Weg der Heilung	29
9	Systemisch lösungsorientierter Ansatz	33
10	Substitutionsbehandlung von PatientInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus	36
11	Therapie im Ausland	39
12	Kinder – Jugendliche – Eltern	42
13	Arbeit mit der Familie	48
14	Zusammenarbeit mit Migrationsgemeinschaften	55
15	Soziale Netzwerke und ihre Funktion der sozialen Unterstützung	57
16	Frauen in der Prostitution	60
17	KlientInnen mit Migrationshintergrund im Sozialdienst	64
18	Rechtliche Grundlagen: Migrationsrecht – soziale Sicherheit	68
19	Institutionelle Verankerung und Qualitätssicherung	77
20	Die AutorInnen und ihre Themen	82
21	Literatur und Links zu den einzelnen Kapiteln	84

1

Vorwort

Migration ist eines der prägenden Phänomene, Integration und Chancengerechtigkeit für MigrantInnen und ihre Nachkommen im Aufnahmeland sind zwei der damit verbundenen wichtigsten Herausforderungen unserer Zeit. Diese stellen sich auch in Bezug auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung, einschliesslich des Bereichs der Suchthilfe.

Von öffentlicher wie privater Seite gibt es bereits verschiedene Initiativen, um einerseits den Zugang von MigrantInnen zu den Hilfsangeboten zu erleichtern und andererseits die transkulturelle Kompetenz der Fachleute zu stärken. Auf nationaler Ebene hat das Bundesamt für Gesundheit im Jahr 2002 in Zusammenarbeit mit den damaligen Bundesämtern für Flüchtlinge und für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (heute zusammengeführt im Bundesamt für Migration BFM) sowie der Eidgenössischen Ausländerkommission (heute: Eidg. Kommission für Migrationsfragen EKM) die nationale Strategie Migration und Gesundheit lanciert, deren 2. Phase seit 2008 läuft. Sie umfasst verschiedene Massnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen, Gesundheitsversorgung und Forschung, wobei der Verankerung der Anliegen der Chancengerechtigkeit für MigrantInnen in den Regelstrukturen (dem sog. Mainstreaming) besonderes Gewicht zukommt.

Diesem Ziel dient auch das vorliegende Manual von Infodrog. Nachdem mit der vom BAG in Auftrag gegebenen Studie «Migration und Drogen» von 2000 und der daraus hervorgegangenen Broschüre «Bedeutung einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis» von Dagmar Domenig hauptsächlich die institutionelle Ebene angesprochen war (im Hinblick auf die transkulturelle Öffnung der Einrichtungen), richtet sich «Migrationsgerechte Suchtarbeit» direkt an die Suchtfachleute selbst. Sie sollen hilfreiche Hinweise für ihren Praxisalltag mit KlientInnen mit Migrationshintergrund finden, Anstösse zur Reflexion über die spezifischen Probleme und Ressourcen dieser Menschen. Dabei dürfen nicht ganz neue oder ganz andere Ansätze erwartet werden. Im Sinne des erwähnten Mainstreaming und der transkulturellen Kompetenz geht es darum, bestehende Angebote, Konzepte, Methoden so zu öffnen, zu verfeinern und flexibel zu handhaben, dass sie für die Arbeit mit allen KlientInnen relevant und Erfolg versprechend sein können. Das heisst dann umgekehrt wieder, dass sie auch für Schweizer KlientInnen gültig sind. Institutionen, die ihre Angebote migrationsgerecht ausgestalten (d. h. ihre Arbeit auf den Ansatz der transkulturellen Kompetenz basieren), machen denn auch die Erfahrung, dass sich ein Synergieeffekt und eine Qualitätssteigerung in der Arbeit mit der Schweizer Klientel ergibt.

Auch in diesem Sinne möchte ich alle Einrichtungen ermuntern, auf eine transkulturelle Öffnung hinzuarbeiten, diese zu verankern und den Bedürfnissen von KlientInnen mit Migrationshintergrund besondere Rechnung zu tragen. Ich hoffe, dass diese Publikation von Infodrog einen Beitrag dazu leisten kann.

Dr. Andrea Arz de Falco
Vizedirektorin
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2

Zu diesem Buch

Infodrog gibt mit diesem Manual eine Sammlung von Texten heraus, die Hinweise, Anregungen und Denkanstösse für die Praxis migrationsgerechter Suchtarbeit enthalten. Die Texte stammen von Suchtfachleuten verschiedener Bereiche mit langen und spezifischen Erfahrungen in der Arbeit mit MigrantInnen.

Zur Entstehung dieser Publikation

Fast alle Einrichtungen der Suchthilfe in der Schweiz haben unter ihren KlientInnen auch einen mehr oder weniger grossen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund mit ihren oft ganz spezifischen Bedürfnissen und Ressourcen. Einige Einrichtungen haben ihre Angebote explizit auf diese Zielgruppe hin angepasst und geöffnet; in anderen hängt es vom persönlichen Wissen und den Erfahrungen einzelner MitarbeiterInnen ab, ob und in welcher Weise auf eine Migrationserfahrung eingegangen wird.

Infodrog hat im Rahmen des Vertrags der Stelle auch die Aufgabe erhalten, migrationsgerechte Suchtarbeit zu fördern und zu deren Verbreitung und Qualitätssteigerung beizutragen. Die vorliegende Publikation ist als ein Teil dieser Arbeit entstanden. Die Absicht war, ein praktisches Hilfsmittel mit konkreten und nützlichen Hinweisen für die Praxis migrationsgerechter Suchtarbeit zusammenzustellen, eine Art Nachschlagewerk ohne Anspruch auf Vollständigkeit, das auch der Sensibilisierung auf verschiedene Aspekte der Arbeit mit KlientInnen mit Migrationshintergrund dienen sollte.
Unter KlientInnen mit Migrationshintergrund verstehen wir hier Personen, die entweder selber oder deren Eltern oder Grosseltern vom Ausland in die Schweiz eingewandert sind.

Die Projektgruppe

Um eine breite Abstützung im Feld zu haben und Wissen aus verschiedenen Bereichen zusammentragen zu können, wurde eine Projektgruppe zusammengestellt mit Mitgliedern aus unterschiedlichen Suchthilfebereichen, Berufsgattungen und Regionen der Schweiz. Die Mitglieder sind:

- Anne Ansermet Pagot, Fleur de Pavé, Lausanne
- Osman Besić, Schweizerisches Rotes Kreuz/migesplus, Wabern
- Umberto Castra, Contact Netz, Jugend-, Eltern- und Suchtberatung, Bern
- Nelson Feldman, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Service d'abus de substances, Genève
- Pablo Sanchez-Mazas, Association Appartenances, Genève
- Eliane Schnellmann, Institut für Sozialtherapie, Egliswil
- Gianni Tiloca, Beratungsstelle für Drogenprobleme (BSD), ipw, Winterthur
- Enrico Tolotti, Service Social Régional de la Prévôté, Moutier
- Safija von Beg, Gesundheitsamt des Kantons Zug – Suchtberatung, Zug

Die Leitung der Projektgruppe lag bei Infodrog, namentlich bei Marianne König Setiadi, Aline Bernhardt Keller und Cristina Monterrubio Leu.

In fünf Sitzungen während des Jahres 2008 wurden zuerst Erfahrungen aller Art im Bereich Migration und Sucht ausgetauscht und diskutiert, dann ging es um den Aufbau und die einzelnen Themen des Manuals. Verschiedene Kapitel wurden in Arbeitsgruppen während der Sitzungen gemeinsam erarbeitet, der grösste Teil jedoch von den einzelnen Mitgliedern der Projektgruppe individuell. Für das Kapitel zu den Rechtsfragen wurde Attiya Sheikh, Rechtsanwältin bei advokatur kanonengasse, Zürich, als Autorin beigezogen. Beiträge zu den Themen Jugendliche und Kinder haben auch Rut Brunner Zimmermann, ipw Winterthur, Andrea Kromer, Mädchenprogramm jumpina, und Mehmet Ertogrul, Jugendprogramm Jump, Winterthur, beigesteuert, beim Thema Substitution arbeitete Isabelle Soulignac, HUG, Genf, mit. Die redaktionelle Überarbeitung der Texte lag in den Händen von Infodrog.

Die Vorgaben an die AutorInnen

Gefragt waren nicht erschöpfende Abhandlungen zu den von ihnen gewählten Themen, sondern kurze, praxisorientierte Texte oder auch nur Stichworte. Hintergrundinformationen sollten auf das Nötige beschränkt werden. Ziel war, in knapper Form Hinweise und Hilfestellungen zu konkreten Problemen zusammenzutragen, wie sie sich den Suchtfachleuten im Arbeitsalltag stellen. Den Beiträgen zugrunde liegen sollte die Perspektive der transkulturellen Kompetenz, bei der namentlich Kulturalisierungen von Problemen oder Ressourcen vermieden werden.

Die AutorInnen hatten keine leichte Aufgabe, die Aufgabe war eigentlich sogar paradox: unter Berücksichtigung der individuellen Lebenswelten der KlientInnen im Sinne des transkulturellen Ansatzes kurze verallgemeinerte Hinweise und Tipps geben (die dann umgekehrt aber auch wieder möglichst konkret sein sollten). Wobei das angesprochene Zielpublikum, die Fachpersonen mit ihren ja ebenfalls individuellen beruflichen, methodischen und persönlichen Hintergründen, noch gar nicht berücksichtigt war.

Eine Schwierigkeit lag (und liegt bei diesem Thema immer) in der Abgrenzung der Problematik und der Zielgruppe, den «KlientInnen mit Migrationshintergrund». Schon dieser umständliche und eigentlich erklärungsbedürftige Hilfsbegriff zeugt, ebenso wie die weiteren Fachbegriffe wie «migrationsspezifisch», «migrationsgerecht» davon, dass weder Zielgruppe noch spezifische Mittel oder Ziele sehr genau definiert werden können. Gerade wenn der Ansatz der transkulturellen Kompetenz als Arbeitsgrundlage genommen wird, verschwinden letztlich die KlientInnen mit Migrationshintergrund in der «Gesamtmenge» aller KlientInnen mit ihren je ganz persönlichen Voraussetzungen. Und in dem Masse lösen sich auch die migrationsspezifischen Ansätze oder Methoden auf. Auf der anderen Seite sind Migration und die damit verbundenen Kräfte und Probleme doch auch wieder Realität. Ein weiteres Paradox.

Die Texte

Diese Paradoxe und die damit verbundene Gratwanderung sind in den Beiträgen zum Teil zu spüren. Viele Beschreibungen gelten nicht unbedingt nur für MigrantInnen, sondern für alle KlientInnen.
Entstanden sind ganz unterschiedliche, individuelle Texte, manche eher philosophisch orientiert, «ausschweifend», andere in klaren Schritten und pragmatisch auf eine konkrete Fragestellung eingehend.

Die verschiedenen Beiträge vertreten keine einheitliche «Lehrmeinung». Sie zeugen auch nach der redaktionellen Überarbeitung und Angleichung noch von den individuellen Ansätzen und Erfahrungen der verschiedenen AutorInnen. In ihrer Diversität repräsentieren die Texte (und die dahinter stehenden VerfasserInnen) damit quasi selbst auch die Thematik dieses Buches.
Einige Beiträge sind aus der Sicht eines bestimmten Suchthilfebereichs (hoch-, niederschwellig) geschrieben; viele Elemente lassen sich aber leicht auch auf die jeweils anderen Bereiche übertragen.
Die einzelnen Texte können mehr oder weniger unabhängig voneinander als in sich abgeschlossene Beiträge gelesen werden. Dies heisst, dass es zum Teil inhaltliche Überschneidungen und Wiederholungen gibt. Das Thema «Eltern» kommt zum Beispiel im Kapitel zur Kommunikation, beim Thema Kinder und Jugendliche sowie im eigentlichen Themenbereich «Familie» vor.

In den Beiträgen kommen bei der Beschreibung der Problemstellungen naturgemäss – es geht ja bei den KlientInnen recht eigentlich um Menschen, die Probleme haben – vor allem Risikofaktoren und belastende Elemente der Migration zur Sprache. Darob darf die andere Seite der Migration nicht vergessen werden: die Kräfte, das Organisationstalent, die Initiative, die Flexibilität, den Familienzusammenhalt, die Hoffnungen, die es braucht, um aus dem angestammten Wohnort und Land aufzubrechen, in ein anderes zu reisen und sich dort sein Leben neu einzurichten. Diese Ressourcen gilt es unter anderem hervorzuheben und zu stärken.

Wir hoffen, dass das Buch mit seinen Beiträgen für die Suchthilfepraxis eine Hilfe sein wird. Auch wenn es den Fachleuten keine Entscheidungen

in ihrer Arbeit mit ihren KlientInnen abnehmen kann, so kann es doch Hilfe in der Entscheidfindung geben. Es hat auch bereits seinen Zweck erfüllt, wenn es zur Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Thema anregt und für die besonderen Bedürfnisse und Ressourcen von KlientInnen, die selber oder in ihrer Familie eine Migrationserfahrung haben, sensibilisiert.

Dank
Unser herzlicher Dank geht an die AutorInnen und Mitglieder der Projektgruppe, für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit, für ihr lebendiges und kritisches Engagement in der Projektgruppe und für ihre Texte.
Danke auch den weiteren Beteiligten: Lüthi-Übersetzungen für die Übersetzungen, Martin Reck für die Literaturrecherchen, Susanne Walker von visu'l AG für die Gestaltung.

Infodrog

3

Transkulturelle Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz ist die Grundlage migrationsgerechter Suchtarbeit. Kultur- oder migrationsspezifische Faktoren werden dabei in Beziehung zu all den anderen Elementen gebracht, die die Lebenswelt und -erfahrung eines Menschen ausmachen, statt als vorrangige oder sogar alleinige Gründe für Probleme (oder Ressourcen) von KlientInnen herangezogen zu werden.

Definition

Transkulturelle Kompetenz wird definiert als «Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten» (Domenig 2007). Diese Definition impliziert, dass für die Suchtentstehung und das Suchtverhalten wie auch für die (Sucht-)Behandlung oder Betreuung weniger ein «kulturtypisches» Verhalten von KlientInnen mit Migrationshintergrund relevant ist als ihre individuellen lebensweltlichen Erfahrungen und Prägungen.

Die Interpretation der Suchtentstehung oder des Suchtverlaufs ist also jenseits der gesellschaftlich oder auch medial erzeugten Vorstellungen und Bilder zu suchen, welche vor allem auf eine Differenzierung von «wir» und «sie» abzielen. Die damit verbundene (Ab-)Wertung impliziert in der Regel die Gleichsetzung von «wir» mit Modernität und Fortschritt und von «sie» mit Traditionalität und Rückschritt. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz bricht diese Dichotomie auf.

Interaktion und individuelle Faktoren

Im Mittelpunkt einer transkulturell kompetenten Betreuung oder Behandlung steht Interaktion. Fachpersonen sind permanent in einem Aushandlungsprozess mit ihren KlientInnen. Die individuelle Geschichte jeder Klientin und jedes Klienten (auch mit Migrationshintergrund) ist einzigartig, jedeR ist unterschiedlich von individuellen, familiären und sozioökonomischen Bedingungen und Faktoren geprägt. Die Reduktion eines Klienten oder einer Patientin auf die Staatsangehörigkeit oder die religiöse Zugehörigkeit, und damit das Ausblenden der anderen, meist wesentlich wichtigeren Faktoren, bedeutet eine Einbusse an professioneller Qualität. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass nicht die «Kultur» oder die Migrationserfahrung an sich, sondern vielmehr der sozioökonomische Status und die damit einhergehenden Lebensbedingungen wesentliche Determinanten der Gesundheit der Migrationsbevölkerung sind (Meyer 2009).

Grundpfeiler der transkulturellen Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz beruht auf drei Pfeilern: Selbstreflexion, Empathie und Wissen bzw. Erfahrung (Domenig 2007). Nur durch permanentes Reflektieren der eigenen Haltung, durch das Bewusstsein der eigenen Prägungen, Neugier auf das Gegenüber und nicht zuletzt auch durch Wissen und Erfahrungen kann eine Interaktion erfolgreich gestaltet werden.

Transkulturelle und therapeutische Kompetenz

Oft wird gesagt, dass «therapeutische» Kompetenz an sich auch bereits transkulturelle Kompetenz umfasse. Es wird agumentiert, dass in einem therapeutischen Setting Empathie, Akzeptanz und Beziehungsfähigkeit im Vordergrund stehen, die an sich kulturfrei seien, sodass sich weitere spezifische Kenntnisse der transkulturellen Kompetenz erübrigten. Gute therapeutische Kompetenzen sind in der Tat eine wichtige Voraussetzung für transkulturelle Kompetenz. Mangelnde transkulturelle Kompetenz kann aber trotzdem dazu führen, dass in der Konfrontation mit einem «fremden» Verhalten stereotype Verhaltensmuster unhinterfragt übernommen und Empathie und Beziehungsfähigkeit ausser Kraft gesetzt werden. Statt sich mit der Erweiterung und Anpassung des methodischen Repertoirs in einem Beratungsprozess oder therapeutischen Setting auseinanderzusetzen, wird über Fremde und das Fremde gesprochen. Transkulturell kompetente Fachpersonen sind fähig, das so genannte fremde Verhalten zu hinterfragen und situativ sowie kontextuell entsprechende Handlungen einzuleiten. Es gibt nicht «objektiv» fremde KlientInnen, sondern nur ein subjektives Erleben des Fremden.

Transkulturelle Kompetenz der Institution

Transkulturelle Kompetenz kann nur dann vollständig zum Tragen kommen, wenn sich eine Einrichtung als Ganze diesem Grundsatz verpflichtet. Sonst geraten transkulturell kompetente Fachpersonen schnell in eine Aussenseiterrolle. Neben dem, dass transkulturelle Kompetenz individuell gefördert werden muss, muss sie von der Einrichtung auch strukturell integriert und verankert werden. Sie muss eine Kompetenz aller Mitarbeitenden werden, von der Leitungsebene bis ins Sekretariat und den Empfang. Nicht zuletzt sollte sie dadurch auch zu einer Kompetenz der KlientInnen werden.

Der Ansatz der transkulturellen Kompetenz ist die Grundlage, auf der alle folgenden Beiträge dieses Manuals beruhen.

4

Kommunikation – Beziehung

Kommunikation ist das A und O der Suchtarbeit. Dabei geht es nicht nur um die verbale Sprache bzw. um (genügende oder fehlende) Sprachkenntnisse, sondern um Beziehungsaufbau und -gestaltung.

Beziehungsarbeit

Dass eine gute, auch persönliche Beziehung zwischen Fachperson und KlientIn eine wichtige Voraussetzung zum Gelingen einer Intervention ist, wird insbesondere im Zusammenhang der Suchtarbeit mit MigrantInnen immer wieder hervorgehoben. Das kann unter Umständen bedeuten, dass Institution wie Fachperson vorgegebene professionelle Regeln flexibel handhaben müssen. Die Fachperson muss damit auch bereit sein, etwas von ihrer Macht und ihrer Sicherheit als Expertin oder Experte abzugeben; sie muss sich darauf einstellen, dass die Arbeit nicht auf den Therapieraum beschränkt ist. Wenn auf der Basis einer Beziehung gearbeitet wird, heisst das auch, dass diese nicht grundlos aufgegeben wird, d. h. ein Wechsel der Betreuungs- oder Bezugsperson sollte vermieden werden.

Kommunikation der Institution gegen aussen

Im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit haben die Einrichtungen zu entscheiden, ob sie mehrsprachige Informationen (Flyer, Internet) herausgeben wollen und in welchen Sprachen. Bei höherschwelligen Angeboten ist die Vernetzung mit zuweisenden Stellen besonders wichtig, um diesen und deren KlientInnen das Angebot bekannt zu machen, zum Beispiel auch mit Hilfe von Postern oder Flyern. Wichtig ist auch eine gute Vernetzung mit HausärztInnen.

Die Grenzen des Angebots der Institution müssen klar kommuniziert werden, zum Beispiel, dass es nicht möglich ist, rund um die Uhr Informationen bzw. Hilfe in allen Sprachen anzubieten.

Erste Kontaktnahme

Ob eine gute Kommunikation und Beziehung zustande kommt, entscheidet sich oft bereits bei den ersten Kontakten und Gesprächen. Diesen ist deshalb besondere Beachtung zu schenken.

Häufig sind es die Eltern (Mütter), die als Erste Kontakt mit einer Hilfseinrichtung aufnehmen. Das Sekretariat als erste Ansprechstelle sollte wenn möglich mehrsprachig sein. Beim ersten Telefonat muss eine Weiterleitung von einer Fachperson zur anderen vermieden werden.

Aufnahme

Das Aufnahmeprozedere sollte kurz und mit minimalen Formalitäten verbunden sein. Eine «symbolische Kommunikation» ist wichtig, mit der den Menschen die Angst genommen und Sicherheit und Orientierung gegeben wird. Ein Beispiel dafür ist das Aufnahmeprozedere in Spitälern, das nicht nur auf das eigentliche Problem bezogen ist.

Erstgespräch mit der Fachperson

Der erste Kontakt zwischen KlientIn oder Familie und zuständiger Fachperson erfolgt oft nicht erst mit dem formellen Aufnahmegespräch, sondern bereits vorher, informell. Es gibt zum Beispiel ein zufälliges Zusammentreffen mit der Klientin bei deren Ankunft in der Institution oder einen telefonischen Kontakt mit den Eltern, die am Eintrittsabend in der stationären Einrichtung nachfragen, wie es ihrem Sohn oder ihrer Tochter geht. Solche informellen Zusammentreffen oder Gespräche sind wichtige und gute Gelegenheiten, um KlientInnen und Angehörigen einen guten Einstieg zu bereiten. Die Zuwendung und der informelle Smalltalk helfen, Hemmungen, Unsicherheiten und Ängste ab- und eine gute Beziehung aufzubauen. Alle Mitarbeitenden (Sekretariat/Empfang, Betreuung/Therapie) sind entsprechend für eine freundliche Aufnahme und ein aktives Ansprechen von neu Ankommenden, die oft sehr zurückhaltend sind, zu sensibilisieren.

Ein warmer Empfang ist auch beim eigentlichen Aufnahmegespräch sehr wichtig. Der Vertrauensaufbau gründet dann auf der Seite der Fachperson in einer Verbindung von fachlicher Kompetenz und Familiarisierung. Formalitäten wie das Ausfüllen von Formularen sollten als Einstieg vermieden werden. Das Gespräch sollte nicht mit zu vielen Informationen überlastet werden. Es ist aber wichtig, zu kommunizieren, was in der Institution möglich ist und wo ihre Grenzen sind.

Damit das Erstgespräch nicht wegen rein sprachlicher Schwierigkeiten und Missverständnisse einen unbefriedigenden Eindruck hinterlässt oder scheitert, sollte es wenn nötig mit einer professionellen Dolmetscherin/einem Dolmetscher stattfinden.

Verständnis von Sucht und Heilung

Was die Inhalte der Kommunikation angeht, ist das Abgleichen der beiderseitigen Vorstellungen von Sucht und Heilung eine nötige Basis für den Beratungs- oder Therapieprozess. Hier können kulturelle Einflüsse bzw. Erfahrungen der KlientInnen aus dem Versorgungssystem in ihrem Ursprungsland relevant werden.

Sucht wird zum Beispiel oft nicht als Erkrankung, sondern als persönliche Schwäche verstanden. Wenn sie als Krankheit akzeptiert wird, kann der Heilungsprozess als «Reparatur» (durch die Fachperson bzw. Medikamente) verstanden werden. Dabei werden von den ÄrztInnen und TherapeutInnen, die oft als allwissend und -könnend angesehen werden, sofortige Erfolge erwartet. Das Konzept der Heilung durch aktives eigenes Zutun und durch Arbeit an sich selber kann fremd sein.

Reden über die eigene Person

Fremd ist dann meist auch das diesem Heilungsansatz zugrunde liegende psychologische Vorgehen, mit dem auf das innere Erleben des Individuums fokussiert wird. Damit haben insbesondere Männer oft Probleme, dies noch mehr, wenn es nicht um Einzel-, sondern Gruppengespräche geht. Sie fürchten die Blossstellung vor Landsleuten und Freunden und versuchen, ein dementsprechend konformes Bild von sich zu geben.

Wenn also KlientInnen nach ihren Vorstellungen und Bedürfnissen gefragt werden, können sie diese oft nicht schon zu Beginn des Beratungs- oder Therapieprozesses ausdrücken. Das Erkennen und Verbalisieren ist erst in einer späteren Phase möglich und wird Teil des Therapie- bzw. des Heilungsprozesses. Statt offene Fragen zu stellen, ist es deshalb auch im weiteren Beratungs- oder Therapieverlauf oft besser, dass die Fachperson selber Vorschläge macht, d. h. direktiv-empathisch vorgeht. Damit wird Klarheit gegeben und Kompetenz vermittelt, das Vorgehen wird überprüfbar.

5

Arbeit mit DolmetscherInnen

Fehlende sprachliche Kompetenzen erschweren oder verunmöglichen oft die Kommunikation zwischen Fachperson und KlientIn und erfordern den Beizug einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers. Das Ziel ist eine klare, sprachlich unmissverständliche Kommunikation, ohne dass durch die Mitarbeit einer dritten Person der therapeutische Rahmen und die Beziehung Fachperson – KlientIn gestört werden.

Professionelle DolmetscherInnen

Ausser in ganz bestimmten Fällen, wo es um rein sachliche Informationen geht, sollten nur professionelle, wenn möglich zertifizierte DolmetscherInnen engagiert werden und nicht Angehörige oder Bekannte der KlientInnen oder Mitarbeitende der Einrichtung. Insbesondere Kinder dürfen nicht für Dolmetscherdienste herangezogen werden.
Zertifizierte interkulturelle ÜbersetzerInnen berücksichtigen in ihrer Arbeit den sozialen und kulturellen Hintergrund der Gesprächsteilnehmenden und können entsprechende Informationen einbringen, um die Verständigung zu ermöglichen.

Institutionelle Unterstützung

Der Einsatz einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers ist mit Kosten sowie mit einem Zusatzaufwand für die Fachpersonen verbunden, den diese oft scheuen. Sie müssen deshalb von der Leitung durch klare institutionelle Regelungen für Dolmetschereinsätze unterstützt werden. Dazu gehören neben entsprechenden praktischen Instruktionen und Weiterbildungen auch das Führen von laufend aktualisierten Listen mit professionellen DolmetscherInnen und die Zusammenarbeit mit Vermittlungsstellen für DolmetscherInnen. Damit kann auch in Notfällen schnell ein Dolmetschereinsatz organisiert werden.

Ausdruck in der Muttersprache

Die Mitarbeit eines Dolmetschers ermöglicht nicht nur das gegenseitige sprachliche Verstehen, sondern sie erlaubt es den KlientInnen, sich in der Muttersprache auszudrücken, und fördert so den direkten Ausdruck ihres inneren Zustandes. Aus diesem Grund empfiehlt sich unter Umständen der Beizug einer Dolmetscherin auch für KlientInnen, welche die deutsche Sprache für den Alltagsgebrauch eigentlich relativ gut beherrschen.

Veränderung der Gesprächssituation

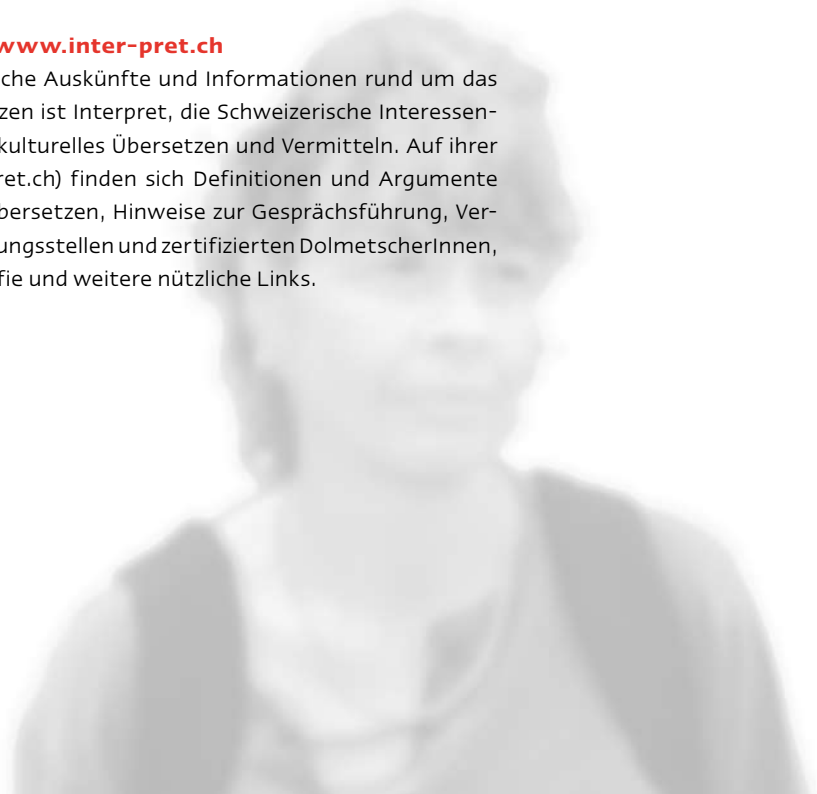
Die Mitarbeit einer Dolmetscherin verändert die therapeutische Konstellation. Die Zweierbeziehung Fachperson – KlientIn wird aufgebrochen, die Intimität des Gesprächs verändert sich, wie subtil und neutral sich die Dolmetscherin auch verhält. Die Fachperson kann sich auch in gewissem Sinn kontrolliert fühlen.
Je nach DolmetscherIn wird die Übersetzung mehr oder weniger kulturelle Angaben enthalten, subjektive, intuitive und emotionale Anteile spielen in mehr oder weniger grossem Mass immer mit. In dem Zusammenhang muss achtgegeben werden, dass sich nicht plötzlich «Allianzen» zwischen zwei Personen bilden.
Die Übersetzung braucht Zeit, die in der Gesprächsplanung einberechnet werden muss. Der Gesprächsfluss wird immer wieder unterbrochen, was eine erhöhte Konzentration und Geduld aller Beteiligten erfordert.

Praktische Hinweise

Vor dem ersten Gespräch macht die Fachperson den KlientInnen die Grundsätze des Dolmetschereinsatzes klar: die Bindung an das Berufsgeheimnis, die Neutralität in jeglicher Hinsicht. Das ausdrückliche Einverständnis der KlientInnen für den Beizug einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers muss vorliegen; allenfalls ist diese Zustimmung für weitere Einsätze oder auch während eines Gesprächs für bestimmte Situationen wieder zu erneuern.

Auch wenn die Neutralität der DolmetscherInnen gegeben ist, ist unter Umständen auf das Geschlecht und die Nationalität oder die ethnische Zugehörigkeit zu achten.
Hilfreich ist es, wenn der ungefähre Inhalt und die Ziele des jeweiligen Gesprächs der dolmetschenden Person im Voraus bekannt sind. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit denselben DolmetscherInnen ist sinnvoll, es verringert den Arbeitsaufwand und wirkt sich auf Atmosphäre, Intensität und Kontinuität der Gespräche positiv aus.
Eine einfache, klare Sprache vonseiten der Fachperson erleichtert die Übersetzung. Die Aussagen müssen ausformuliert sein, d. h., die Fachperson darf nicht unbewusst Verantwortung für die Weitergabe bestimmter Inhalte auf die Dolmetscherin abschieben.
Um die Kommunikation zu erleichtern, ist für bestimmte Themen die Verwendung von materiellen Hilfsmitteln in der jeweiligen Sprache hilfreich (z. B. Informationen mit Piktogrammen zur HIV-, HCV-Prävention etc.).

Für Informationen: www.inter-pret.ch
Ansprechstelle für jegliche Auskünfte und Informationen rund um das interkulturelle Übersetzen ist Interpret, die Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln. Auf ihrer Website (www.inter-pret.ch) finden sich Definitionen und Argumente zum interkulturellen Übersetzen, Hinweise zur Gesprächsführung, Verzeichnisse von Vermittlungsstellen und zertifizierten DolmetscherInnen, wie auch eine Bibliografie und weitere nützliche Links.



6

Anamnese – Therapie

Das individuelle Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist historisch und kulturell geprägt und bildet sich in dem gegebenen sozialen Kontext aus. Der Austausch der jeweiligen subjektiven Vorstellungen zwischen KlientIn und Fachperson über die Krankheitsentstehung und -heilung ist deshalb sehr wichtig, wobei es eine grosse Sensibilität für die Bedeutung der Sprache in der Beurteilung und Präsentation von Symptomen braucht. Was im Folgenden für die Anamnese geschrieben ist, ist zum grossen Teil auch für die Therapie relevant, insbesondere gemäss dem Ansatz, wonach die Anamnese bereits auch ein therapeutischer Vorgang ist.

Selbst- und Fremdeinschätzung
Suchtmittelabhängige MigrantInnen haben häufig ein grosses Bedürfnis nach Konformität, nach Zugehörigkeit und weisen einen hohen Grad an Anpassungsleistung auf. Erfahrungsgemäss stellen wir bei der Anwendung von klinischen Diagnoseinstrumenten (SKID I/SKID II, SKID D) eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung fest. Insbesondere ist häufig eine Selbstüberschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit gegenüber Suchtmitteln festzustellen. Standardisierte Verfahren sind bei der Ermittlung von psychischen Störungen/Persönlichkeitsstörungen also nicht immer aussagekräftig. Moderne Diagnosesysteme enthalten oftmals auch keine kultursensitiven Parameter.
Der Sozialstatus hat einen direkten Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit. Insbesondere ist die Gesundheit eines Menschen auch eng mit der Qualität und dem Ausmass seiner sozialen Netzwerke verknüpft. Die soziale Einbettung, insbesondere in die Familie, hat zur Folge, dass auch eine externe Therapiebegründung («Ich mache die Therapie, um den

Eltern einen Gefallen zu tun, sie zu entlasten.») als Motivation für eine Therapie akzeptiert werden kann. Allen diesen Faktoren muss in der Anamnese Rechnung getragen werden.

Ganzheitliche Krankheitsgeschichte als Ziel

Ziel ist, eine ganzheitliche Krankheitsgeschichte zu erheben. Das heisst, dass in der Anamnese neben der klinischen Diagnose auch die sozialen Parameter der Gesundheit berücksichtigt werden: sozialer Status, soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, sozialer Stress und das soziale Geschlecht.
Die Fachleute müssen die Fähigkeit haben, die individuellen Lebenswirklichkeiten ihres Klientels zu erfassen, Perspektiven wechseln zu können und gegenseitige Verstehensprozesse zu fördern. Sie vermeiden kulturalisierende Deutungsmuster und Fehlinterpretationen, womit nicht verständliche oder problematische Vorstellungen und Verhaltensweisen von KlientInnen vorschnell auf kulturelle Eigenheiten zurückgeführt werden. Migrationsspezifische Muster in der Pathogenese und der Krankheitsbewältigung müssen aber erkannt und relevante Ressourcenfelder der Betroffenen erschlossen werden.
Schliesslich geht es darum, dass die KlientInnen ihre Situation, die Gesundheitsprobleme und ihre Entwicklungspotenziale besser verstehen und bewältigen und ihren Weg selbstverantwortlich gestalten können.

Narrative Praxis

Durch das Erzählen wird Ereignissen Sinn und Bedeutung in einer subjektiven Lebensgeschichte verliehen. Erzählungen von KlientInnen spielen eine zentrale Rolle im Bewältigungsprozess von Krankheiten.
TherapeutIn und KlientIn anerkennen die Prinzipen der doppelten Expertenschaft – d. h., die KlientInnen sind für ihre Lebenssituation (unter Einbezug der Migrationsgeschichte) und die TherapeutInnen für klinische Belange zuständig.

Beziehung

Die Fachperson ist im Kontakt mit den KlientInnen selektiv authentisch. Eine abstinente Haltung in der Beziehungsgestaltung verhindert ein gelingendes Joining, d. h. die Herstellung und Aufrechterhaltung einer konstruktiven Arbeitsbeziehung. Wichtig ist dabei immer der Respekt vor der Andersheit der andern und vor ihrer Souveränität.

Stolpersteine

Der Kulturbegriff wird in den Hilfsorganisationen oft nicht reflektiert. Bei der Erhebung der Anamnese können unbewusst Prozesse der Kulturalisierung und Stereotypisierung laufen, wobei Kultur als statisch, Fremdes abwehrend verstanden wird.
Häufig haben MigrantInnen selber oder in ihren Familien im Zusammenhang mit kriegerischen oder anderen Gewaltereignissen, aber auch im Verlauf des Migrationsprozesses traumatische Erfahrungen gemacht. Eine unsorgfältige anamnestische Befragung kann die KlientInnen in ihrem physischen und psychischen Gesundheitszustand destabilisieren. Kompetentes Fachwissen über die Entstehung und Behandlung von Traumafolgestörungen ist deshalb für ein professionelles Handeln unabdingbar.

Tipps, Strategien, Instrumente

Eine kultursensible, migrationsspezifische Anamnese heisst zum Beispiel, folgende Fragen zu berücksichtigen: zur kulturellen und sozialen Herkunft, zur Migration der Eltern, zum Integrationsverlauf, zu den zwischen Herkunftsland und Aufnahmeland erlebten Unterschieden, zum Bezug Herkunftsland – Schweiz, zur Elterngeneration, zum Rollenverständnis, zu Migration und Sucht.
Die Rahmenbedingungen müssen stimmen:

- Es muss genug Zeit zur Verfügung stehen
- Das Setting muss förderlich für die Intensität und Vertiefung des Gesprächs sein
- Beim Kontaktaufbau «Small Talk» führen
- Klare Gesprächsführung
- Einladende Räumlichkeiten
- Den Hilfesuchenden eine wertschätzende, akzeptierende Haltung entgegenbringen
- Ressourcen- und Lösungsorientierung

Bei der Befragung sind Kreativität und Flexibilität gefragt, der Eigensinn des Individuums ist zu respektieren. Gespräche mit der Familie

oder weiteren Angehörigen sind im Zusammenhang mit Bedeutungssystemen und Verhaltensweisen der KlientInnen oftmals sehr aufschlussreich.

Nach erfolgter Anamnese ist ein fachlicher Austausch im Behandlungsteam zu empfehlen, um die Behandlungsstrategie festzulegen (in den ersten drei Monaten nach Eintritt des Klienten oder der Klientin). Die Diagnostik ist als Prozess zu verstehen.

7

Transkulturalität und Sucht: vom Konzept zur Praxis

Im Kontext der Transkulturalität ist es wichtig, mögliche und notwendige Anpassungen des therapeutischen Rahmens für KlientInnen mit Migrationshintergrund zu prüfen. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit der Art und Weise der Formulierung der Problematiken dieser PatientInnen.

Stellenwert kultureller Faktoren

Bei der Beschreibung von Sucht werden häufig kulturelle Faktoren genannt, ohne dass präzisiert wird, welchen Stellenwert diese genau haben.
Aus der Literatur erhalten wir einige Hinweise, wonach es in den Ursprungsländern der MigrantInnen nicht viel Suchtprobleme gibt und dass – entgegen einer oft vertretenen Meinung – die Suchtprävalenz bei MigrantInnen mit dem Grad ihrer Akkulturation im Aufnahmeland wächst, um sich schliesslich der Prävalenz bei den Einheimischen anzugleichen. Sucht ist demnach eher ein Zeichen von Integration als von schlechter Anpassung oder von Integrationsschwierigkeiten. In anderen Konzepten wird die Sucht als «ultrakurze» Zugangsmöglichkeit zum Integrationsnetzwerk beschrieben, wo der Stoff und sein Handel Merkmale von «sozialen Kodierungen» und von einer «Sprache» haben, die leicht zugänglich sind und dank denen die Aufnahme von sozialen Beziehungen für eine wenig integrierte Person erleichtert wird.

Spricht man bei PatientInnen mit Migrationshintergrund von Psychopathologie, kann es unter anderem zu zwei fundamentalen Irrtümern kommen. Der erste Irrtum besteht darin, dass der Einfluss der Kultur überbewertet wird, der zweite, dass dieser Einfluss bagatellisiert wird,

indem von einer strukturellen Universalität des Individuums und der Pathologie ausgegangen wird.

Kultur und Identität

Der Aufbau von persönlichen Bezugssystemen für junge AusländerInnen, wie harmonischen sozialen und kulturellen Netzwerken, ist Teil einer komplexen Gleichung, die sich als chaotisch erweisen kann. Vor allem in der Adoleszenz kommt es häufig zu einer Konfrontation mit elterlichen Modellen der Identität, sei es aus Übertreibung oder wegen fehlender Vorbilder. Der Kontext der Integration der Eltern, der oft problematisch ist, kann zu angespannten oder ambivalenten Beziehungen zur Herkunftskultur führen. Dies kann die in dieser Entwicklungsphase auftretenden üblichen Missverständnisse und Spaltungen noch verstärken.

Die klinische Evaluation soll uns zeigen, ob und auf welche Weise es der Herkunftskultur gelingt, weiterzubestehen und sich zu etablieren oder ob sie zum Phantom wird, zwanghaft und verfolgend. Dies ist einer der wichtigen Aspekte der «kulturellen Formulierung», eines Instruments zum transkulturellen Evaluieren und Verstehen des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen, ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association). Dieses ermöglicht es, die teilweise problematischen Beziehungen zu verstehen, die gewisse PatientInnen zu ihren Eltern oder ihrer Gemeinschaft haben, die sie als «rückständig und in kategorischen kulturellen Prinzipien verharrend» betrachten, oder auf der anderen Seite gegenüber ihrer Wahlkultur, die sich über gewisse Aspekte ihrer Herkunftskultur lustig macht, oder gegenüber den Lebensbedingungen, die den Migrantenfamilien im Aufnahmeland zugestanden werden.

Bei diesen Akkulturationsprozessen lässt sich das Erleben der Menschen in der Tat als eine konstante «Re-Interpretation» ihrer inneren Wirklichkeit verstehen, die auf jedes neu eintretende persönliche oder familiäre Geschehen sensibel reagiert. Es ist deshalb angebracht, diese möglichen identitätsbildenden oder im Gegenteil die Identität abbauenden Umarbeitungen zu begleiten, auf dem Weg der MigrantInnen zur Autonomie und zur Triebkontrolle.

Fragestellungen

Wir können uns vier grundlegende Fragestellungen vorstellen, die eine gute Annäherung und ein gutes Verständnis der kulturellen Eigenheiten im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung von PatientInnen mit Migrationshintergrund erlauben.

1. **Ursachen des Konsums: Trauer, individuelle oder kollektive Traumata (Konflikte oder Kriege)?**
   Stehen diese Ursachen im Zusammenhang mit Gegebenheiten
   - vor der Migration?
   - bei der Migration?
   - nach der Migration?
   - kultureller Art?
   - im Zusammenhang mit dem Akkulturationsprozess?
   - im Zusammenhang mit Schwierigkeiten bei der interkulturellen Kommunikation?

2. **Auf welche Schwierigkeiten/Hindernisse treffen KlientInnen mit Migrationshintergrund bei einer Suchtbehandlung in den Einrichtungen im Aufnahmeland?**
   Sind zum Beispiel Substitutionsbehandlungen auf der Basis von Methadon oder Heroin, klinischer Entzug, stationäre Therapie, bestimmte psychologische oder psychiatrische Behandlungen für diese Population angepasst?

3. **Welche Ressourcen fehlen im Dispositiv? Religiöse, gemeinschaftliche, familiäre, patenschaftliche Unterstützung?**

4. **Welchen Status haben die Drogenabhängigkeit und die Behandlungsmodalitäten für Suchterkrankungen im Herkunftsland? Wie wird die Drogenabhängigkeit im Herkunftsland behandelt?**
   - Findet man im Herkunftsland andere Behandlungs- oder Betreuungsmodalitäten? Sind sie leicht zugänglich?
   - Gibt es im Herkunftsland eine Ausgrenzung, eine Diskriminierung oder besondere Ausschlussmechanismen gegenüber Suchtkranken?

- Wer oder was wird in dieser Kultur für die Drogenabhängigkeit verantwortlich gemacht; wer wehrt sich dagegen, wer versteckt sich dahinter?
- Ist der Zugang zum Stoff einfach?

Allgemein gefragt: Wie wird im Herkunftsland mit den vier Säulen gearbeitet (Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression)?

Hindernisse

Auf der Seite der Fachpersonen

- Rollenverhalten mit entsprechenden Erwartungen und Zuordnungen, Stigmatisierung von PatientInnen mit Migrationshintergrund oder von gewissen Migrationsgemeinschaften
- Genderproblematik
- sprachliche Probleme
- kulturelle Ätiologien: Wer oder was wird in der fraglichen Kultur für die Drogenabhängigkeit verantwortlich gemacht, wer wehrt sich dagegen, wer versteckt sich dahinter?
- Beziehungsprobleme: Gibt es im Aufnahmeland eine Ausgrenzung, eine Diskriminierung oder besondere Ausschlussmechanismen gegenüber drogenabhängigen MigrantInnen?
- negative Verhaltensweisen/Konterhaltungen des Betreuungspersonals

Auf Seite der PatientInnen

- Zugang zu Hilfsangeboten und Betreuungsstrukturen sind nicht angepasst: Unkenntnis der Struktur der Gesundheitsversorgung
- Angst vor Stigmatisierung im Land und in der Familie
- Misstrauen gegenüber der Einhaltung von Vertraulichkeit und Arztgeheimnis
- Nichtanerkennung der Drogenabhängigkeit als Krankheit (sondern eher als Devianz)
- Nichtakzeptanz gewisser Behandlungsformen, die vom Umfeld abgelehnt werden (Methadonbehandlung)

Instrumente

In diesem Zusammenhang scheint es unerlässlich, unsere Vorstellungen und theoretischen Konstrukte bezüglich der Suchtbehandlung von KlientInnen mit Migrationshintergrund zu hinterfragen.

Instrumente für die kulturelle Formulierung eines medizinischen Leidens sind heute verfügbar und bieten ein strukturiertes Beurteilungsmodell zur besseren Berücksichtigung der (kulturellen) Differenz zwischen Fachperson und PatientIn. Diese Instrumente sind jedoch in unserer institutionellen und klinischen Praxis noch sehr schlecht verankert und systematisiert.
Die kulturelle Formulierung umfasst folgende Elemente:

- kulturelle Identität des Individuums
- kulturelle Erklärungen der Krankheit
- kulturelle Faktoren im Zusammenhang mit dem Handlungs- und dem psychosozialen Umfeld
- kulturelle Elemente, die in der Beziehung mit den Fachpersonen auftreten
- eine allgemeine kulturelle Beurteilung im Hinblick auf die Diagnose sowie die Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen.

Es geht hier darum, die Dissonanzen im Verständnis der Krankheit zwischen PatientIn und Fachperson zu orten, sowie zu beurteilen, welche Aspekte der Krankheit eine Spezifität aufweisen aufgrund der Herkunftskultur, des Migrationsstatus und natürlich der Begegnung zwischen PatientIn und Betreuungspersonen und -strukturen. Eine Technik ohne Kulturbezug ist nicht denkbar, auch keine therapeutische. Die Technik ist sogar eines der wichtigsten Mittel der Vermittlung von Kultur. Diese Dimension ist wesentlich, da sich die Fachpersonen ihrer Rolle als «Mediatoren» der Kulturvermittlung bewusst sein müssen.

Traumata

Bei drogenabhängigen PatientInnen mit Migrationshintergrund ist ein besonderes Augenmerk auf die Möglichkeit einer Traumaerfahrung zu legen. Die Modelle zur Erklärung der Beziehung zwischen Substanzmissbrauch und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sind folgende:

- Hypothese der Selbstmedikation (Khantzian, 1985): z. B. Nutzung der Amnesiewirkung von Alkohol und Benzodiazepinen bei traumatischen Erinnerungen (Stewart, 1998) oder chemische Dissoziation (Langeland, Van Den Bosch, 2002)
- Hypothese der Risikobereitschaft oder als Antwort auf die Suche nach Empfindungen, auf die Impulsivität
- Hypothese der Empfindlichkeit
- Hypothese eines dritten ätiologischen Faktors, der der Drogenabhängigkeit und dem PTBS gemeinsam ist
- Hypothese der Zugehörigkeit, der Sozialisierung und Mediatisierung der Beziehungen; «Ultrakurze Netzwerke» (Gransard und Nathan, 1999)

Im Übrigen ist zu betonen, wie wichtig es ist, dass die Suchtfachleute in der kulturellen Formulierung und in transkultureller Kompetenz geschult werden. KulturmediatorInnen sollten integrierender Teil des Pflegenetzes sein. Sie haben zusätzliche Kenntnisse der Realität der PatientInnen, stehen in Verbindung mit deren MigrantInnengemeinschaften und können Hinweise auf ihre soziale Integration in diesen Gemeinschaften geben. Damit kann eine bessere Übereinstimmung zwischen PatientIn, Hilfsstruktur und Behandlungsphilosophie erreicht werden, was die Therapieadhäsion verbessert.

Sind die kulturellen Kompetenzen der Pflegeteams ungenügend, kann auf eine transkulturelle Konsultation (gemäss dem Modell von A.M. Kleinmann, in vielen Spitälern progressiv eingesetzt) zurückgegriffen werden. Dies erlaubt eine heuristische Arbeit zur Psychopathologie dieser PatientInnen und öffnet den Weg zu neuen Betreuungsmodellen, Orientierungsmöglichkeiten und gemeinschaftlichen oder soziofamiliären Ressourcen.

8

Weg der Heilung

Gesund werden ist ein universelles Bestreben. Der Genesungsprozess ist mit Gefühlen und Ängsten verbunden, der Angst vor der Endlichkeit, vor dem Ende des Lebens, dem Tod oder dem Nichts. Bei der Heilung sind also von jeher Körper und Seele (Geist) einbezogen. Es geht im Folgenden nicht um einen technischen oder medizinischen Ansatz, sondern vielmehr um eine Arbeitsgrundlage, in deren Zentrum die Beziehung steht. Das Ziel ist, den Heilungsprozess bestmöglich zu begleiten oder – im Falle einer Nichtheilung – wenigstens Unterstützung zu bieten.

Migration und Sucht

MigrantInnen müssen aufgrund ihrer multikulturellen und entwurzelten Situation ihre persönliche und kulturelle Identität neu definieren. Zahlreiche externe und interne Faktoren haben an diesem Prozess teil. Der Wunsch nach Genesung ist eine der Forderungen, die wir bei unserer Tätigkeit als Ärztin, Psychologe, Krankenpfleger, Erzieherin oder Sozialarbeiterin antreffen.

Die Abhängigkeit wird von den Familien der MigrantInnen und von ihnen selbst oft als «beschämende Krankheit» wahrgenommen. Sie suchen medizinische Unterstützung mit einem Gefühl des familiären Versagens. Diese Wahrnehmung schafft ein Paradox, dem sich die MigrantInnen stellen müssen: «Ich bin abhängig, und um gesund zu werden, muss ich darüber sprechen, aber meine Krankheit ist eine Schande für meine Familie, ich darf also nicht darüber sprechen!»

In einem Sozialdienst wurde eine interessante Feststellung gemacht: Von 350 betreuten Personen, darunter nahezu die Hälfte ausländischer

Herkunft, schätzt das befragte Personal die Anzahl Personen mit einem Abhängigkeitsproblem auf etwa zehn Personen. Die somatischen Spitäler hingegen sehen eine andere Realität: Das Verhältnis der Hospitalisierungen mit Abhängigkeitsproblemen liege nahe bei einem Drittel.

Diese Diskrepanz kann mit der Hypothese erklärt werden, dass die MigrantInnen ihre Abhängigkeit verheimlichen müssen. Sie können es sich nicht erlauben, ihr Gesicht zu verlieren. Indem sie ihre Angehörigen verlassen haben, haben sie gegenüber ihrer Familie eine Verpflichtung zum Erfolg. Sie nehmen eine defensive Haltung ein und lenken die Aufmerksamkeit der Fachperson unbewusst auf ein anderes Objekt oder Subjekt der Sorge ab.

Ein migrationsspezifischer Ansatz

Ein migrationsspezifischer Ansatz kann für die Fachperson eine nützliche Ergänzung sein. Hier eine Art kleiner Gebrauchsanweisung in drei Phasen, die in einer Sitzung oder über einen längeren Prozess verwendet werden kann, je nach verfügbarer Zeit:

Phase 1: Den Unterschied annehmen

Es dürfen keine kulturellen Hierarchien geschaffen werden. Die Fachperson muss versuchen, die Erklärungen der KlientInnen zu verstehen und als plausibel zu betrachten.
Die Wahrnehmung des anderen erfolgt über die Anerkennung seines Problems im Sinne von Levinas. Dieser dehnt die Verantwortung, die wir für unsere Familie haben, auf jedes menschliche Wesen aus. Was er «die Erfahrung des Gesichts» nennt, besteht darin, dem anderen in seiner Verwundbarkeit zu begegnen, die durch ein empathisches Gegenüber erlebt wird. Ich habe also ein Gefühl der Verantwortung gegen dieses «Andere als Ich», wer immer es auch sei.

Meine Kultur steht also nicht höher als die anderen. Die menschliche Verwundbarkeit ist in allen Kulturen ähnlich, sie kann und darf mir nicht entgleiten, und ich bin verantwortlich für die Beziehung, die ich mit meinem Gegenüber schaffe.

Sollte ich mit dieser Haltung Probleme haben, wende ich mich an meine KollegInnen oder verzichte bereits in einem frühen Stadium auf die Arbeit mit den betreffenden KlientInnen.

Phase 2: Die Zeit der Verantwortung

Die Fachperson sucht nach pragmatischen Lösungen, wobei die zweite systemische Kybernetik uns einige Anhaltspunkte gibt:
Die Fachperson ist Akteurin im Heilungsprozess und beeinflusst das Bezugssystem der abhängigen Person. Ihre Vorstellungen von der Heilung und der Krankheit haben auch einen Einfluss auf das Erleben der anderen. Sie nimmt im Zuge der Beobachtung an der Konstruktion der Realität teil.

Das System hat die Fähigkeit, sich zu entwickeln; ein aktives Mitglied des Systems zu sein, schliesst die Konstruktion einer Lösung mit ein. Es sollen gemeinsame Lösungen vorgeschlagen werden, die mittel- und kurzfristig pragmatische Ziele haben. Methoden wie die motivierende Gesprächsführung, die Problemlösungsmethode von Palo Alto, die Transaktionsanalyse und die kognitiv-behavioristischen Therapien sind ausgezeichnete Mittel in diesem Stadium. Dadurch wird die Kulturalisierung vermieden.

Phase 3: Die Arbeit an der Empfindung

KlientIn und Fachperson erstellen gemeinsam eine neue Definition des Problems. Nach der Erfahrung der pragmatischen Zusammenarbeit im Punkt 2 entsteht ein Vertrauensverhältnis. Dadurch wird auch Sinn geschaffen.

Es ist nicht einfach, die Art des Problems im Hinblick auf die Arbeit an der Empfindung genau zu definieren. In ihrem Werk «L'instant de guérison» (Der Heilungsmoment) sprechen sich Jacques Lagardet und Christian Flèche für eine Herangehensweise in vier Phasen aus, inspiriert von der biologischen Medizin, um den Weg zum Empfinden zu finden:

1. Die Handlungen: Was ist der Verlauf der Geschichte der abhängigen Person?
2. Die Gedanken: Wie beeinflusst ihre Denkweise ihr Handeln?

3. Die Gefühle: Ist sie traurig, glücklich? Hat sie Angst oder ist sie wütend?
4. Das Erleben: Können wir helfen, das Empfundene angemessen zu beschreiben?

Die Wahrnehmung des Empfindens hat den Vorteil, dass eine einfache Herangehensweise an das bewusst und unbewusst Erlebte möglich ist.

Schlussfolgerung

Die Abhängigkeit bezieht einen Lebensweg mit ein. Sie ist nicht mehr länger diese verlassene Insel, deren Ufer noch niemand betreten hat. Die Fachperson nähert sich dem Ufer (Punkt 1), beobachtet die Durchgänge am Riff. Sie wirft den Anker und geht vorsichtig an Land (Punkt 2). Dann macht sie sich auf zur Entdeckung des Inselinneren (Punkt 3).

Wenn die fachkundige Hand des Abenteurers Hilfe bringen soll, kann sie das nur, wenn sie sich in das zerbrechliche Ökosystem mit allen seinen Elementen integriert, inklusive der für die Wahrung des Gleichgewichts unerlässlichen Verteidigungsmechanismen.

Die Tatsachen gehören alle zur Aufgabe, nicht zur Lösung. Dieses Zitat von Wittgenstein führt uns zu einer konstruktiven Mahnung: Eine Lösung zu finden, heisst die Kunst des Entdeckens zu praktizieren. Christian Bobin, ein französischer Schriftsteller, hat geschrieben: «Was man von jemandem weiss, hindert daran, ihn zu kennen.»

9

Systemisch lösungsorientierter Ansatz

Zu häufig wird Migration aus einem defizitorientierten Blick nur mit Problemen assoziiert. Mit einer Haltung des Nichtwissens und der Neugier werden die Ressourcen ins Zentrum gerückt und die eigenen Kompetenzen der KlientInnen gefördert.

Fokus auf Ressourcen statt Defizite

Migration wird in der Fachliteratur zwar behandelt, aber meist aus einer defizitorientierten Optik heraus. So werden mit dem Wort Migration schnell einmal Probleme assoziiert. Viel wird über «Kultur» geschrieben, wobei der Schwerpunkt auf die Unterschiede gelegt wird. Eine solche Einstellung schafft eine Distanz zwischen TherapeutIn und KlientIn.
«Die wissenschaftlichen Resultate zur psychosozialen Gesundheit von MigrantInnen sind bis heute stark pathologieorientiert und berücksichtigen die Perspektive der MigrantInnen selbst und deren Ressourcen kaum. Vielmehr wird die Situation von MigrantInnen oft im Rahmen eines Elenddiskurses problematisiert.» (Regula Weiss, 2003, S. 283). Es wird zu wenig berücksichtigt, dass Migration persönliche Ressourcen in sich birgt. Die Menschen, die einen ganzen Migrationsprozess auf sich nehmen, entwickeln zwingend enorme Ressourcen zur Bewältigung dieser Lebensaufgabe. Es kann also viel bringen, wenn der Blick in der Beratung und Behandlung von MigrantInnen anstatt auf die Defizite auf ihre Ressourcen gerichtet wird. Dazu bietet der systemisch lösungsorientierte Ansatz eine ideale Methode mit den angemessenen Instrumenten.

Haltung des Nichtwissens und der Neugier

Mit einer Haltung des «Nichtwissens» wird vermieden, in die «Kulturalisierungsfalle» hineinzugeraten. Dieses Nichtwissen zieht «eine all-

gemeine Haltung oder einen Standpunkt nach sich, in welchem die Handlungen des Therapeuten eine reichhaltige, aufrichtige Neugier vermitteln. Das heisst, die Handlungen und die Haltungen des Therapeuten drücken eher das Bedürfnis aus, mehr über das zu erfahren, was gesagt wurde, als vorgefasste Meinungen und Erwartungen über den Klienten, das Problem oder das, was geändert werden sollte, zu übermitteln. Der Therapeut oder die Therapeutin positioniert sich selbst also in einer Weise, die es ihm oder ihr erlaubt, durch den oder die KlientIn ‹informiert› zu werden.» (Anderson & Goolischian, 1992, S.29, zitiert in Peter De Jong/Insoo Kim Berg, 1999, S. 46)

Ermächtigung der KlientInnen

Den Fokus weniger auf Probleme und mehr auf die Stärken und das Empowerment der Klientel zu richten, schafft in der Praxis die Grundlagen, auf denen sich die KlientInnen die Ermächtigung holen können, eigene Kompetenzen zu erweitern und in den Alltag zu integrieren.
Den Blick auf die Lösungen zu richten, die KlientInnen in die eigenen Lösungsvorschläge und Visionen zu begleiten, entlastet die TherapeutInnen von der Vorstellung, selber Lösungen kreieren zu müssen. Auch hier soll die Verantwortung den Ratsuchenden überlassen werden, wie De Shazer meint: «Der nützlichste Weg, zu entscheiden, welche Tür sich öffnen lässt, um eine Lösung zu erhalten, besteht darin, eine Beschreibung zu erhalten, was der/die KlientIn anders machen wird und/oder welche Dinge geschehen werden, wenn das Problem gelöst ist, um auf diese Weise die Erwartung einer positiven Änderung zu schaffen.» (De Shazer, 1985, S. 46. zitiert in Peter De Jong/Insoo Kim Berg, 1999, S. 37).

Die hier aufgeführten Haltungen, Methoden und Instrumente sind nicht speziell für die Arbeit mit MigrantInnen ausgearbeitet worden. Indem sie jedoch auf den Menschen und seine Ressourcen hin orientiert sind, eignen sie sich bestens für die Arbeit auch mit dieser Klientel.

Zwischen Möglichem und Wirklichem

«Das Mögliche ist beinahe unendlich, das Wirkliche streng begrenzt, weil doch nur eine von allen Möglichkeiten zur Wirklichkeit werden kann. Das Wirkliche ist nur ein Sonderfall des Möglichen und deshalb auch

anders denkbar. Daraus folgt, dass wir das Wirkliche umzudenken haben, um ins Mögliche vorzustossen.»
Friedrich Dürrenmatt, Justiz

10

Substitutionsbehandlung von PatientInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus

Bei Substitutionsbehandlungen für MigrantInnen in ungewisser Aufenthaltssituation können sich verschiedene Fragen und Schwierigkeiten bei der Aufnahme in die Behandlung, der Kostenübernahme, der Behandlungsdauer und der Rückkehr in den Herkunftsstaat bzw. der Ausreise in einen Drittstaat stellen. Ähnliche Fragen können sich bei diesen KlientInnen auch bei ambulanten oder stationären Therapien ergeben.

Nichteintretensentscheide und Sans-Papiers

Von einem prekären Aufenthaltsstatus betroffen sind insbesondere zwei Gruppen: Asylsuchende, auf deren Gesuch nicht eingetreten wurde, (NEE, Nichteintretensentscheid) sowie Sans-Papiers.

Asylsuchende mit Nichteintretensentscheid haben de facto weder eine Versicherung noch einen Wohnsitz noch finanzielle Mittel, es kann ihnen von heute auf morgen die Ausschaffung drohen. Sie sind aber im Kanton bekannt und registriert. Im Notfall erhalten sie Gesundheits- und soziale Hilfe.
So genannte Sans-Papiers haben keine Aufenthaltsbewilligung und sind den Behörden nicht bekannt. Ihre genaue Zahl ist schwer zu erfassen. Sie arbeiten schwarz, haben keinen offiziellen Wohnsitz und meist keine Versicherung und keine finanziellen Mittel, bleiben aber in der Region.

Aufnahme

Auch aufgrund ihrer Situation haben drogenabhängige Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus neben ihren Suchtproblemen oft somatische und psychische Gesundheitsprobleme. Als erster Schritt zur Behandlung muss ein oft tief sitzendes Misstrauen überwunden werden. Die PatientInnen haben Angst, von der Polizei festgenommen und abgeschoben zu werden. Es ist deshalb wichtig, sie auf die ärztliche Schweigepflicht hinzuweisen. In einigen Fällen muss die Hilfe von DolmetscherInnen in Anspruch genommen werden, um die Bedürfnisse der PatientInnen herauszufinden sowie ihnen die Ziele und Grenzen einer Behandlung klarzumachen. Die Konsultation muss mit ÄrztInnen, Pflegefachkräften und SozialarbeiterInnen koordiniert werden, die für die Problematik dieser Menschen sensibilisiert sind.

Finanzierung

Die Gesuchsbehandlung und die Finanzierung von Substitutionsbehandlungen für PatientInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus sind kantonal verschieden geregelt. Probleme und administrative Umtriebe gibt es für die Fachleute insbesondere, wenn eine Behandlung trotz fehlender Kostendeckung fortgeführt werden muss.
Dies zeigt, wie notwendig es wäre, auf Bundes- und kantonaler Ebene Mittel bereitzustellen, um diese Behandlungsbedürfnisse abzudecken.

Behandlungsplanung und Ausreise aus der Schweiz

Die Behandlungsdauer ist sehr unterschiedlich und richtet sich hauptsächlich nach dem Risiko der Ausweisung oder der vorschnellen Abreise der PatientInnen. Es handelt sich häufig um eine ständig neu zu beurteilende Behandlung, denn sie kann einige Wochen bis mehrere Monate dauern.
Wesentlich ist es, im Falle einer Rückkehr ins Herkunftsland (Ausschaffungsverfahren oder freiwillige Rückkehr) oder bei Ausreise in einen Drittstaat einen Entzug zu planen. Ist die Weiterbehandlung mit Methadon oder Buprenorphin im Zielland gesichert, muss im Voraus mit den Gesundheitsbehörden Kontakt aufgenommen und ein ärztlicher Bericht in Englisch erstellt werden. Die Fachleute informieren sich über die Art der im Herkunftsland gebräuchlichen Betreuung und die PatientInnen werden über ihr Recht auf Gesundheit bei Drogenabhängigkeit im Falle einer Rückkehr informiert.

Im Falle einer freiwilligen Rückkehr wird der Entzug gemeinsam mit den PatientInnen entsprechend ihrem Abreisedatum organisiert. Falls möglich und im Einverständnis mit den PatientInnen kann das Rote Kreuz um

Unterstützung bei der Rückkehr und im Hinblick auf eine Fortführung der Behandlung im Zielland angefragt werden. Ein Begleitschreiben wird vorbereitet (falls nötig in englischer Sprache), das bei einer Fortführung der Behandlung den zuständigen Stellen im Ausland vorgelegt werden kann.

Behandlung von Asylsuchenden

Asylsuchende verfügen über eine Krankengrundversicherung. Die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung werden also vollumfänglich von der Krankenkasse übernommen. Die Grundversicherung gibt in der Schweiz eine recht umfassende Deckung im Zusammenhang mit Suchtkrankheiten. Allerding ist häufig eine schriftliche Überweisung durch einen Arzt oder eine Ärztin nötig.

11

Therapie im Ausland

Eine Therapie im Ausland scheint für KlientInnen mit Migrationshintergrund auf den ersten Blick immer sehr nahe liegend zu sein, sei es aus sprachlichen oder kulturellen Gründen oder als Mittel der «Rückkehr zu den eigenen Wurzeln». Die Argumente für oder gegen eine Auslandtherapie müssen in jedem Fall sorgfältig abgewogen werden. Ausserdem ist der Qualität des Angebots sowie vor allem auch der Rückkehr der KlientInnen in die Schweiz grösste Aufmerksamkeit zu schenken.

Gründe für und gegen eine Auslandtherapie

Häufig sind es die Eltern, die darauf drängen, den Sohn oder die Tochter ins Heimatland zurückzuschicken, sei es aus Scham oder aus Angst vor (aufenthaltsrechtlichen) Konsequenzen der Drogensucht ihres Kindes, sei es in der Überzeugung, dass eine Therapie im Heimatland angepasster und wirkungsvoller ist als eine Behandlung in der Schweiz.
Die Gründe für und gegen eine Auslandtherapie müssen auf jeden Fall für jede Klientin und jeden Klienten individuell wieder neu abgewogen werden. Es darf zum Beispiel nicht sein, dass eine Auslandtherapie einfach aufgrund eines Unvermögens der Fachperson zustande kommt, damit diese einer blockierten Beratungs- oder Therapiesituation entkommen kann, noch viel weniger, wenn dahinter kulturalisierende Erklärungen stehen («die Problematik des Klienten ist kultureller Art, deshalb geht er besser in sein Heimatland, wo sie ihn besser verstehen»). Eine Auslandtherapie darf auch nicht einfach nur aus Kostengründen gewählt werden. Von Kostenträgern wird eine solche Therapie oft gern gesehen, da sie kostengünstig ist. Dabei wird allerdings der hohe administrative und organisatorische Aufwand nicht eingerechnet, den es immer zu beachten gilt.

In manchen Fällen, die aber nicht generalisiert werden können, ist eine Auslandtherapie durchaus angezeigt: wenn zum Beispiel eine stationäre Sucht- oder eine Psychotherapie wegen mangelnder Sprachkenntnisse in der Schweiz nicht möglich sind. Oder wenn der Bezug zum Ursprungsland sehr eng ist bzw. aufgearbeitet werden muss, wenn es darum geht, die eigene Kultur und Identität (wieder) zu finden.

Voraussetzungen einer gelingenden Auslandtherapie

Die zwei wohl wichtigsten Punkte einer erfolgreichen Therapie im Ausland sind die Qualität des Angebots sowie die Unterstützung der KlientInnen vor und nach dem Auslandaufenthalt.
Die Qualität einer ausländischen Einrichtung kann von der Schweiz aus nicht kontrolliert werden, es fehlen auch Leistungsverträge zwischen Kostenträgern und ausländischer Institution. Es sollte deshalb darauf geachtet werden, dass die gewählte Institution über eine offizielle Anerkennung des jeweiligen Landes verfügt.
Sehr gute Erfolge kann es auch bei der direkten Zusammenarbeit von Institutionen in der Schweiz und im Ausland geben (Beispiel: das frühere Xenos-Projekt, eine Zusammenarbeit zwischen CEIS – Centro Solidarietà di Modena/Italien – und verschiedenen Einrichtungen bzw. MigrantInnenorganisationen in der Schweiz).
Die Gründe, die innere Motivation sowie mögliche Vor- und Nachteile einer Auslandtherapie müssen mit dem Klienten oder der Klientin offen durchgesprochen werden. Wenn es nur darum geht, (wieder) Kontakt mit dem Ursprungsland aufzunehmen, kann auch nur eine Besuchsreise der Fachperson mit dem Klienten oder der Klientin dorthin gute Wirkungen haben.

Rückkehr in die Schweiz

Ein kritischer Punkt einer Auslandtherapie, dem grösste Aufmerksamkeit gewidmet werden muss, ist die Rückkehr in die Schweiz. Der Aufenthalt im Ausland kann zu einer Art «Ferien» werden, wobei dann bei der Rückkehr in die Schweiz der Reflex kommt, auch wieder in die Suchtkultur zurückzukehren. Das Vokabular, das für eine Auslandtherapie (die auch eine Auslandreise ist) verwendet wird, ist ja zum Teil dasselbe wie dasjenige für eine Sucht: Es geht um einen Trip, um Initiation.

Die Rückkehr sowie die Nachbetreuung müssen also gut vorbereitet werden, wobei Eltern und weitere Angehörige eine wichtige Rolle spielen. Die Elternarbeit sollte idealerweise parallel zur Auslandtherapie weitergehen. Bewährt haben sich auch Gruppen zum Erfahrungsaustausch mit Eltern und KlientInnen nach deren Rückkehr in die Schweiz.

Spezielle Situationen

Spezielle Probleme stellen sich bei einem Landesverweis oder einer Ausschaffung von drogenkranken oder substituierten Personen (z. B. Asylsuchenden). In sehr kurzer Zeit müssen dann die Versorgungsmöglichkeiten im Land der Ausschaffung abgeklärt, die relevanten Stellen kontaktiert und muss allenfalls die Substitutionsbehandlung angepasst werden.

12

Kinder – Jugendliche – Eltern

Indem eine Migration das Familiengefüge in mehrerer Hinsicht verändert, sind Kinder und Jugendliche davon immer besonders betroffen. Nach ihrer meist schnellen Integration im Aufnahmeland sehen sie sich mit zum Teil gegensätzlichen Ansprüchen von zwei Seiten konfrontiert und müssen meist auch Aufgaben der Erwachsenen sowie Vermittlerfunktionen für sie übernehmen. Hilfsangebote müssen vor allem den daraus resultierenden Druck vermindern und dabei wo immer möglich auch die Eltern einbeziehen.

Kinder oder Jugendliche können nicht losgelöst von ihren Familien, d. h. insbesondere der Beziehung zu ihren Eltern, gesehen werden. Die Problemstellungen bei Migrationsfamilien und ihren Kindern unterscheiden sich nicht zwingend von denen bei Schweizer Familien, trotzdem kann es aber migrationsspezifische Unterschiede geben, die je nach Herkunft und individueller Situation mehr oder weniger Bedeutung erhalten.

Adoleszenz und Migration

Jugendliche MigrantInnen müssen während der Phase der Adoleszenz zusätzlich zu den entwicklungsbedingten Prozessen ihre Migrationssituation bewältigen, was zu einem grossen Druck und entsprechenden Ausweichreaktionen führen kann. Migration bedeutet, sich aus einem Lebenszusammenhang lösen und in einen neuen integrieren zu müssen, mit entsprechender Entwurzelung bzw. Anpassungsleistung. Insbesondere Kinder müssen grosse Spannungen aushalten: Sie sind mit zum Teil widersprüchlichen Erwartungen und Werthaltungen von beiden Seiten, der Familie bzw. der Migrationsgemeinschaft sowie der neuen Umgebung, konfrontiert. Es kann zu Loyalitätskonflikten kommen. Diese können bei Mädchen, die aus einem traditionellen Umfeld kommen, besonders akzentuiert sein.

Sozioökonomische Situation

Ein allfälliger sozioökonomischer Abstieg der Familie im Zusammenhang mit der Migration kann den Druck noch verstärken und die Entwicklung und Identitätsbildung der Kinder beeinträchtigen. Diese spüren zum einen den Abstieg im sozialen Status der Eltern und finden sich zum anderen als Angehörige einer sozioökonomisch schwachen Schicht mit den entsprechend kleineren Chancen bei der Ausbildung und auf dem Arbeitsmarkt wieder. Wenn beide Elternteile arbeiten müssen, sind die Kinder zudem häufig sich selbst überlassen.

Sprache – Bildung – Integration

Manche Kinder und Jugendliche aus Migrationsfamilien müssen damit umgehen lernen, dass ihre Eltern die hiesige Sprache nicht oder nur begrenzt verstehen und sprechen. Dies ist häufig auch bei Müttern der Fall, insbesondere bei denjenigen, die im Rahmen des Familiennachzugs in die Schweiz gekommen sind. Mit fehlender Sprachkompetenz geht oft auch eine niedrige Bildung einher, beides bedeutet, dass die Eltern ihre Kinder zum Beispiel in der Schule kaum unterstützen können. Sie sind oft nicht genügend informiert oder wissen nicht, wo sie sich informieren können, zum Beispiel was das Schul- und Ausbildungssystem, Freizeitangebote, das Gesundheitswesen, Beratungsstellen etc. angeht. Wenn die Erziehung der Kinder in den Händen der Mutter liegt, ist dies häufig noch ausgeprägter. Wenn sie schlechte Erfahrungen mit den Behörden gemacht haben, haben die Eltern auch kein Vertrauen in offizielle Unterstützungsangebote, sie fühlen sich machtlos und ohne Entscheidungskompetenz.
Die Familien sind oft auch kaum ins einheimische gesellschaftliche Leben integriert: Die Eltern machen bei keinen schweizerischen Vereinen mit und haben keine Schweizer Freunde. Sie hindern zum Teil auch ihre Kinder daran, am Schweizer Gesellschaftsleben teilzunehmen (zum Beispiel an Schullagern).

Rollen und Konflikte der Kinder und Jugendlichen

Die Jugendlichen sind also häufig stark auf sich selbst angewiesen und müssen eigenverantwortlich handeln. Dabei müssen sie nicht nur für

sich selbst sorgen, sondern sind oft darüber hinaus als ÜbersetzerInnen und KulturvermittlerInnen für ihre Eltern auch für das Funktionieren der Familie verantwortlich. Sie übernehmen Erwachsenenrollen und -funktionen, die sie überfordern und ihre eigene Entwicklung beeinträchtigen können. Es ergeben sich Hierarchieumkehrungen in der Familie, die für Kinder wie Eltern problematisch sind. Zudem führt die Spannung zwischen der guten Integration der Kinder und der fehlenden der Eltern zu Ängsten, Missverständnissen und Meinungsverschiedenheiten und birgt so ein grosses Konfliktpotenzial, das sich auch in der Zusammenarbeit in einer Beratung oder Therapie manifestieren kann.

Ängste der Eltern

Die Eltern wollen anderseits, dass ihre Kinder eine Berufsausbildung machen, die ein besseres Leben und einen ökonomischen Aufstieg verspricht. Um im schweizerischen Schul- und Berufsbildungssystem bestehen zu können, müssen individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt werden, die im Widerspruch zu den Anforderungen der Familie und den Werten der Gemeinschaft stehen können. Integrationsschritte der Kinder können so bei den Eltern Ängste auslösen: Angst davor, dass sich die Kinder von ihrer Familie und tradierten Werten entfernen, dass sie sich in etwas für die Eltern Unbekanntes hineinbewegen. Die Botschaften von den Eltern an die Kinder sind so oft angstbesetzt, wechselhaft und widersprüchlich. Dies gilt vor allem auch für Mädchen in traditionell orientierten Familien.

Divergierendes Problemverständnis

Was das Problem ist, woher es kommt und wie es gelöst werden kann: Die Meinungen zu diesen Fragen können stark auseinandergehen. Die Eltern geben oft der hiesigen Kultur mit ihrer Permissivität die Schuld für ein Suchtproblem ihres Kindes. Sie sind misstrauisch oder haben sogar negative Vorurteile gegenüber der Schweiz und schweizerischen Institutionen und BeraterInnen. Eine Lösung ist für sie deshalb, den Sohn oder die Tochter in das alte Heimatland zurückzuschicken. Dies kann auch als Drohung gegenüber den hier integrierten Kindern gebraucht werden, für die dann das Herkunftsland angstbesetzt wird.

Sucht wird nicht als Krankheit gesehen, sondern als ein persönliches Verschulden. Wenn eine Beratung oder Therapie akzeptiert wird, wird davon bzw. von der Fachperson erwartet, dass eine umgehende Heilung erzielt wird.

Migrationserfahrung als Ressource

Migration, die Lebensumstände im Einwanderungsland, die vielfältigen An- und Herausforderungen gerade für heranwachsende Kinder und Jugendliche dürfen nicht nur als Belastungen gesehen werden. Dahinter stecken vor allem auch viele Hoffnungen und Stärken, viele Leistungen und Fähigkeiten der verschiedenen Menschen als Individuen wie als Familien. Auf diese Ressourcen gilt es in der Suchthilfe zu bauen.

Ziel: Druck und Spannung reduzieren

In einer Suchthilfeintervention geht es zuerst einmal darum, bei den Kindern und Jugendlichen wie auch bei den Eltern Spannungen und Druck zu reduzieren. Der Selbstwert und das Selbstverständnis sollen gesteigert, der defizitäre Blick aufgelöst werden. Ängste und Wünsche aller Beteiligten kommen zur Sprache, sodass eine Vermittlung zwischen den Generationen möglich wird. Rechte und Pflichten in der Schweiz müssen klar sein, der Zugang zu den entsprechenden Informationen und Institutionen offen. Allenfalls werden konkrete Vernetzungen geschaffen.

Vertrauensaufbau, Wertschätzung

Ein Vertrauensverhältnis ist sehr wichtig. Eine praktische äussere Voraussetzung ist, dass es möglichst keine Wechsel der beratenden Person gibt.

Bei der Arbeit mit Kindern nimmt das Spiel eine zentrale Stellung ein, da hier Handlung und nicht primär das Gespräch im Vordergrund steht. Der Einsatz von Symbolen und Ritualen kann auch bei Jugendlichen und Erwachsenen verbindend wirken.

Das Eingehen auf und die Wertschätzung der Lebenswelt und Erfahrungen der KlientInnen, insbesondere ihrer Integrationsleistung, stärken deren Selbstwertgefühl. Daneben ist aber auch eine Vermittlung von hiesigen Werten nötig.

Einbezug der Eltern

Ausser wenn sie ganz andere, mit dem therapeutischen Ansatz von KlientIn und Fachperson unvereinbare Vorstellungen von Sucht und Heilungsweg haben, sollten die Eltern wo immer möglich einbezogen werden. Dies verhindert, dass das Wissens- und Integrationsgefälle zwischen ihnen und ihren Kindern noch grösser wird. Wichtig ist auch, dass ausdrücklich beide Elternteile eingeladen werden. Häufig kommen sonst die Mütter nicht, die innerhalb der Familie Entscheidungskompetenzen haben.

In der Arbeit mit Eltern oder auch MigrantInnengemeinschaften muss manchmal auch experimentiert werden, um den besten Zugang herauszufinden. Kooperierende Eltern können als InformantInnen dazu dienen. Manchmal lassen sich bestehende Gefässe (zum Beispiel Elternabende in der Schule) als Zugang zu den Eltern nutzen. Erfolg versprechend ist auch, wenn die Eltern die Rahmenbedingungen eines Treffens bestimmen können.

Respekt und Wertschätzung der Familie und des von ihr gemachten Weges sind eine Grundlage, um die Eltern ins Boot zu holen und ihnen Vertrauen zu geben. Gemeinsame Wertvorstellungen können aufgedeckt und benannt und daraus gemeinsame Ziele definiert werden. Eine positive Umdeutung (Reframing) der Migrationssituation mit der Betonung der positiven Anteile stützt das Selbstvertrauen der Eltern und Kinder weiter. Eltern unterschätzen generell ihre Möglichkeiten und die Wirksamkeit des eigenen Handelns.

Die Eltern und ihre Rechte müssen ernst genommen und faktisch einbezogen werden. Ihre Selbstbestimmung soll gefördert, sie sollen in ihrer Rolle gestärkt werden. Damit werden auch Kräfte zur Unterstützung ihres Kindes mobilisiert. Die Entscheidungen zum weiteren Vorgehen mit ihrem Sohn oder ihrer Tochter liegen bei ihnen bzw. müssen von ihnen mitgetragen werden. Regeln und die Konsequenzen bei deren Einhaltung oder Nichteinhaltung werden zusammen mit Eltern und Jugendlichen ausgehandelt und abgemacht. Wichtig ist, dass ausführliche Schluss- und Austrittsgespräche auch mit den Eltern geführt werden.

Kommunikation

In vielen Fällen ist der Beizug eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin ein Muss. Diese Aufgabe darf nicht von einem Familienmitglied, insbesondere nicht von den Kindern oder Jugendlichen selbst, übernommen werden.

Wenn Ziele für alle verständlich formuliert werden, wird damit Sicherheit vermittelt. Es lohnt sich, zu überprüfen, ob Informationen und Vereinbarungen verstanden wurden. Der Wissensstand sollte immer wieder abgefragt werden.

Konkrete Hilfe

In vielen Fällen sind konkrete Hilfen möglich, zum Beispiel indem der Zugang zu sozialen oder kulturellen Institutionen und Angeboten vermittelt wird. Das bewirkt oft mehr als reden.

Fehleinschätzungen als Stolpersteine

Viele Erschwernisse hängen mit Fehleinschätzungen verschiedener Art auf beiden Seiten zusammen.

Auffälliges Verhalten von jugendlichen MigrantInnen wird von den Fachpersonen oft als migrationsbedingt gesehen, statt als soziales und schichtspezifisches Problem (Armut, Arbeitslosigkeit vor allem des Vaters, Krankheit etc.). Ressourcen und Kompetenzen von MigrantInnen werden oft unterschätzt, weil sie die deutsche Sprache nicht beherrschen und deshalb unsicher oder unwissend wirken. Insbesondere gilt dies auch für die Position und die Kompetenz von Müttern, die in der Familie gar nicht so machtlos sind, wie dies nach aussen oft scheint. Andererseits werden häufig auch die Verständnisschwierigkeiten unterschätzt. Selbst wenn die Eltern über gute Kenntnisse der hiesigen Sprache verfügen, können immer wieder Missverständnisse entstehen, die die Beratung oder Therapie beeinträchtigen können.

Die MigrantInnen ihrerseits unterschätzen oft ihre Möglichkeiten und die Wirksamkeit ihres Handelns. Sie haben auch ein anderes Verständnis vom Kindswohl: Es ist für sie schwierig, zu verstehen, dass der Staat eine soziale Verantwortung übernimmt und die Kinder nicht einfach rechtlos ihren Eltern ausgeliefert sind.

13

Arbeit mit der Familie

Die Ressourcen der Familien können in der Suchttherapie noch besser genutzt werden. Dabei muss die Intervention mit dem Bedeutungs- und Sinnsystem der Familie kompatibel sein. Zentral in der Therapie ist die Familiengeschichte: In einem Umfeld des Vergessens wird das Sich-Erinnern geübt. Damit soll der Familiengeschichte eine Kontinuität gegeben werden, ohne das Auftreten des Problems zu leugnen.

Um mit einer Provokation anzufangen: Die konkreten Bedürfnisse der Familien mit einem Migrationshintergrund und Suchtproblemen haben häufig mit den Beratungsstellen zu tun, ebenso viel wie die altägyptischen Pyramiden mit der Klimaveränderung. In beiden Fällen handelt es sich um Geschichten, entstanden aus einer Beziehung, welche die Gegenseitigkeit leugnet. Mit den folgenden Überlegungen soll versucht werden, wieder eine solche Gegenseitigkeit herzustellen, ausgehend von der Familiengeschichte.

Familiengeschichte

In einem bemerkenswerten stummen Einverständnis zwischen Familie und Fachperson wird der Migrationsgeschichte in der therapeutischen Arbeit meist nur wenig oder gar keine Aufmerksamkeit geschenkt.
Die Rekonstruktion der Familien- und Migrationsgeschichte in der Therapiearbeit muss jedoch ein starkes emotionales Moment sein. Die Familiengeschichte dient als Instrument, mit dem in der Vergangenheit gesucht wird, um Werte und ihre Bedeutung zu finden und auf das Heute zu übertragen. Vor dem Hintergrund der Migration, die die Erinnerung erstarren lässt, sie manchmal verdrängt oder übermächtig werden lässt, kommt dies einem Einüben des Sich-Erinnerns gleich. Migration ist häufig mit Verdrängung verbunden: Um sich verändern zu können, muss man den Weg vergessen und sich auf das Ziel konzentrieren. Das «immer vorwärts, immer weiter», die tägliche Mühsal sind Opfer, die für eine bessere Zukunft erbracht werden. Der Preis, den man dafür bezahlt, wird verdrängt oder beschönigt. In der «Phase der Dekompensation» der Migration (Sluzki 2001) brechen dann die Probleme auf.

Entwurzelung und Integrationsschwierigkeit

Der Einbezug der Familie in einer Suchtbehandlung ist ebenso nötig wie schwierig. Es ist wichtig, dass bei diesen Familien – die oft eine Mehrfachproblematik aufweisen – Themen wie die Trauer (um Leute oder Orte) und die Integrationsschwierigkeiten bzw. die Widerstände gegen eine Integration in der neuen Heimat zur Sprache gebracht werden. Die Entwurzelung einer Person aus dem eigenen natürlichen Gefüge, zu dem sie gehört, kann zu einem Unbehagen führen, das über Generationen geht und zu entsprechenden Fallgeschichten führt.

Familienmythen

In der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund ist das, was erscheint, nicht immer das, was ist. Häufig ist es insbesondere bei der Rollenverteilung in der Familie notwendig, nachzufragen, um zu verstehen, was hinter dem vorgegebenen Bild wirklich ist.
Familienmythen sind bei Migrationsfamilien von besonderer Bedeutung. Oft sind diese Mythen die Instrumente, mit denen der Selbstbetrug aufrechterhalten wird. Dazu gehört zum Beispiel der Mythos von der «Rückkehr in die Heimat». Ohne Kenntnis und Einbezug dieser Mythen muss jede therapeutische Intervention scheitern.

Fehlender Synkretismus

In Familien mit Suchtproblemen steht die Generationenhierarchie oft auf dem Kopf und es mangelt an Synkretismus, d. h. an Bindungen, die auf einer gemeinsamen familiären Gruppenidentität (Familienselbst) basieren. Mangelnder Synkretismus bedeutet, der Familie ist es nicht gelungen, die alte und die neue Welt zu einer einzigen Welt zu verschmelzen.

Chronifizierung und Angst

Familien mit Migrationshintergrund wenden sich oft erst sehr spät an eine Beratungsstelle, d. h., wenn das Problem bereits chronifiziert ist. Der Zeitpunkt, in dem die Familie um Hilfe bittet, fällt in eine Phase, in der sich das Familiensystem in einer Krise befindet, sonst würde die Familie nicht Unterstützung suchen. Das bedeutet, dass die Fachperson sich zuerst mit der Angst der Familie befassen und diese auf irgendeine Weise beruhigen muss, bevor sie sich dem eigentlichen Problem zuwenden kann. Der behutsame Umgang mit der Verlegenheit, ja sogar Scham, und der damit verbundenen Bereitschaft zur Kommunikation legt den Grundstein für eine therapeutische Beziehung. Mit anderen Worten: das Annehmen der Verlegenheit ist das grundlegende Schwungrad für den Verstand und die Veränderung.

Symbolische Kommunikation

Wenn über Drogenabhängigkeit gesprochen wird, kommt es in den Familien zu Beginn meist zu einer blockierten Situation und einer symbolischen Kommunikation, in der mehr die eigene Angst als inhaltliche Informationen mitgeteilt werden (zum Beispiel wird Salz gestreut, um Böses abzuwenden). Eine Therapie kann genau bei dieser symbolischen Kommunikation ansetzen, bei der Inhalte und Werte der Herkunftskultur präsent sind.

Vernachlässigte Kinder

Viele der Jugendlichen waren real oder symbolisch von ihren Familien getrennt. Vor allem die Migrationskinder der 60er-/70er-Jahre wuchsen oft bei den Grosseltern auf. Ein zentrales Thema in der Geschichte vieler emigrierter Jugendlicher ist dasjenige der verheimlichten, verkannten oder agierten (offenen) Vernachlässigung.

Haltung der Fachperson

Was die Haltung der Fachpersonen angeht, ist es zentral, dass wir die Bescheidenheit und die intellektuelle Korrektheit besitzen, uns als TrägerInnen eines Wissens zu verstehen, das nicht allumfassend ist, denn es ist an einen bestimmten Kontext und an unsere persönliche Geschichte gebunden. Es kann deshalb immer nur ein Teilwissen sein. Dieses Wissen (es kann auch Kultur genannt werden) lässt sich hinterfragen und verändert sich im Dialog mit den KlientInnen mit Migrationshintergrund. Es geht darum, ein Gefühl für die tatsächliche Relevanz kultureller Unterschiede zu bekommen und dabei die eigene kulturelle Prägung nicht zu unterschätzen, aber auch die Andersartigkeit von Angehörigen anderer Kulturen nicht zu überschätzen. Das Einmaleins der Transkulturalität besteht darin, sich dieser Herausforderung im Bewusstsein der eigenen Grenzen zu stellen, ohne sich dabei hinter dem Schreibtisch oder hinter einem übertriebenen Technizismus zu verstecken.

Drei Richtlinien

Eine solche Arbeit kann sich zum Beispiel an den «drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung» (gemäss Selvini Palazzoli 1988) orientieren: Hypothetisieren, Zirkularität und Neutralität.
«Hypothetisieren» meint das Formulieren von Hypothesen anhand der erhaltenen Informationen. Mit «Zirkularität» ist die Fähigkeit gemeint, das im Familiensystem beobachtete Verhalten nicht linear als einfachen Ursache-Wirkung-Mechanismus zu betrachten, sondern als Regelkreis, bei dem sich sämtliche Elemente des Systems in ihrem Verhalten gegenseitig bedingen. «Neutralität» («Allparteilichkeit») steht für die pragmatische Wirkung, die sich aus dem Verhalten der Fachperson während der Therapie ergibt. Es bedeutet, dass kein Vakuum im Familiensystem entsteht, wenn die Therapie beendet wird und die Familie wieder ohne TherapeutIn auskommen muss.

Erstes Treffen

Besonders viel Sorgfalt sollte auf die Einzelheiten des ersten Treffens verwendet werden, denn bei dieser Gelegenheit steht ein Grossteil der Möglichkeiten, Zugang zur Familie zu finden, auf dem Spiel. Das, was diesen Zugang erschliesst und bewirkt, dass wir vom familiären System akzeptiert werden, hat meist mit der Therapiesituation nichts zu tun. Die Fachperson sollte möglichst versuchen, in der eigenen Geschichte Verbindungen zur Geschichte der KlientInnen zu finden. Es ist immer gut, wenn von Gemeinsamkeiten ausgegangen werden kann.

Familieninterne Konstellationen und Dynamiken

Es gibt immer jemanden in der Familie, der sich stärker mit der Person befasst, die das Symptom zeigt. Wenn wir nun wollen, dass die Familie bereit ist, uns eines ihrer Mitglieder zu «überlassen», müssen wir ihr dafür einen Ersatz anbieten, eine andere Person, auf die sie die nun frei gewordenen Energien richten kann. Oft muss sich in einer ersten Phase der/die SozialarbeiterIn/PsychologIn dem am stärksten involvierten Familienmitglied anbieten. Da ist zum Beispiel an die langen Telefongespräche mit der Mutter (vor allem in der stationären Therapie) zu denken, die fast täglich anruft, um über den Sohn zu sprechen. Sich mit solchen Menschen auf einen Machtkampf einzulassen und mit ihnen um den Indexpatienten zu streiten, hat keinen Sinn; es ist besser, die Situation zu akzeptieren und den therapeutischen Austausch zu leiten. Im Folgenden wird dann eine besonders enge Beziehung zwischen einem Elternteil und dem Kind offen thematisiert. Den Mechanismen, die eine Verzerrung der Realität bewirken, wird besondere Beachtung geschenkt (Verdrängungen, Idealisierungen).

Statt sich mit Spiegel-, Symmetrie- und Kompetitivverhalten anzulegen, ist es wichtig, an einem therapeutischen Bündnis mit der Familie zu arbeiten, wo jedeR, in Respektierung der eigenen Funktion, seinen oder ihren eigenen Beitrag an die Therapie leistet. Dem Individuum wird viel Bedeutung beigemessen. Den Bedürfnissen, Antrieben, Träumen und Sehnsüchten jeder einzelnen Person wird genügend Raum gegeben, damit sie gebührend zum Ausdruck gebracht werden können.
Ein wichtiges Mittel kann der Hausbesuch sein, der in der Familientherapie ein Klassiker ist. Diese Arbeit auf unbekanntem Territorium kann riskant, darf aber kein Tabu sein.

Wenn in der Therapie die Prozesse aufgedeckt werden sollen, die traumatische Folgen hatten, müssen auch die Dyaden und nicht nur die für die Familientherapie typischen Triaden genauer analysiert werden. Vater, Mutter, Kind 1, Kind 2: Alle diese Personen werden zueinander in Beziehung gestellt. Es ist wichtig für die KlientInnen, Beziehungsabhängigkeiten aufgearbeitet zu haben, damit eine Therapie der Sucht möglich wird. Dabei soll auch die Art der Initiation in die Droge rekonstruiert und vertieft analysiert werden: allein, zu zweit, in der Gruppe.

Es ist wichtig, die dreigenerationale Dimension der Familiengeschichte zu beachten. In Familien mit Migrationshintergrund kommt oft den Grosseltern eine zentrale Rolle zu, entweder weil sie real präsent oder emotionaler Bezugspunkt sind. Daher sollten immer beide Herkunftsfamilien rekonstruiert werden, auch wenn meistens eine davon stärker in die Geschichte involviert ist.

Therapiethemen

Folgende Themen können in den Sitzungen besprochen werden: die Herkunftsfamilien und die Migrationsgeschichte, die eigene Vernachlässigung der Eltern, traumatische Migrationserfahrungen, der Migrationsmythos.

Aus den Fallgeschichten von Jugendlichen ergibt sich immer wieder, dass die Drogenabhängigkeit der Ort ist, wo die ungelösten familiären Thematiken zusammenfliessen. Diese Themen (wie zum Beispiel die Migrationsgeschichte) müssen in Beziehungsinhalte umgeformt werden, die verwendbar sind. Dieses Verfahren erleichtert den Generationenaustausch.

In vielen emigrierten Familien findet sich ein besonderes Merkmal: Scheinbar besteht die grösste Schwierigkeit darin, dass die Eltern ihren Kindern eine symbolische Aufgabe übertragen. Diese Aufgabe wird oft nicht wahrgenommen oder entspricht Erwartungen, die «ungesagt» bleiben.

Nachdem das Unbehagen der Drogenabhängigkeit eine Lebensstrategie geworden ist, muss die Familientherapie diese Tendenz stören und Durchgänge für die Kommunikation schaffen. Ein möglicher Therapieansatz ist, mit absurd erscheinenden «Verschreibungen» so auf das Familiensystem einzuwirken, dass das Symptom seine stabilisierende Funktion auf das familiäre Gleichgewicht nicht mehr weiter ausüben kann (gemäss dem von Selvini Palazzoli entwickelten Konzept der paradoxen Intervention).

Wichtig ist, dass nicht versucht wird, in der Familie etwas zu heilen, das vielleicht gar nicht krank ist, sondern dass vielmehr mit dem gearbeitet wird, was funktioniert.

Bei der transkulturellen Arbeit geht es nicht nur um die Individualität der KlientInnen, auch die Fachperson als Subjekt steht im Zentrum mit ihren Überlegungen. Das Bewusstsein ihrer kulturellen Zugehörigkeit wie auch das Bewusstsein der Relativität dieser Zugehörigkeit sind integraler Bestandteil ihrer Arbeit.

14

Zusammenarbeit mit Migrationsgemeinschaften

Gemeinschaften und Organisationen von MigrantInnen sind vor allem im Hinblick auf Präventionsarbeit und eine breitere Streuung von Informationen zu Hilfsangeboten in der Migrationsbevölkerung wichtig. Der Zugang zu den Gemeinschaften ist allerdings oft nicht einfach und die Aufrechterhaltung eines aktiven Kontakts meist sehr aufwändig.

Funktionen von Migrationsgemeinschaften

Je nachdem, wie lange die Migration einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zurückliegt, haben ihre im Aufnahmeland gegründeten Migrationsgemeinschaften und -organisationen verschiedene Funktionen. In einer frühen Phase der Auswanderung einer bestimmten Gruppe geht es mehr um allgemeine informelle gegenseitige Unterstützung und Hilfe aller Art in dem neuen Umfeld, um eine Möglichkeit, sich unter seinesgleichen zu treffen und auszutauschen, ein Wir-Gefühl zu haben, ursprüngliche Rollen einzunehmen. In einer weiteren, organisierteren Phase treten eher soziopolitische Anliegen in den Vordergrund: Die Organisation wird für die Mitglieder zum Bindeglied zwischen Heimatstaat bzw. dessen Botschaft und den Behörden des Aufnahmelandes, sie setzt sich zum Beispiel für verbesserte administrative Abläufe, für soziale oder politische Rechte ein und gibt den Mitgliedern entsprechende praktische Unterstützung. Später, wenn keine direkten Integrationsprobleme mehr bestehen, insbesondere wenn bereits die zweite, im Aufnahmeland aufgewachsene Generation da ist, sind die Organisationen oft kultureller oder auch regionaler Art. Bei der Arbeit mit den Migrationsgemeinschaften ist es also wichtig, sich klar zu sein, welche dieser Funktionen sie jeweils haben bzw. an welchem Punkt und in welcher Art eine Zusammenarbeit ansetzen kann.

Ziele der Arbeit mit Migrationsgemeinschaften

Eine Zusammenarbeit mit einer MigrantInnenorganisation hat meist zum Ziel, den Zugang zu MigrantInnen zu finden, die in anderen Gefässen oder auf anderem Weg kaum erreicht werden können, um so zum Beispiel Informationen zu Hilfsangeboten oder Präventionsfragen zu vermitteln. Sie kann auch der Netzwerkarbeit dienen, im Hinblick auf die Stärkung des sozialen Netzes von KlientInnen. Unter Umständen kann dabei eine Schlüsselperson der Gemeinschaft auch direkt in den Therapieprozess einbezogen werden.

Zu beachten

Die in einer Gemeinschaft vertretenen traditionellen und spirituellen Werte sollten offen und neutral betrachtet werden. Sie können unter Umständen als protektive Faktoren und Ressourcen genutzt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Tabus beachtet werden: Eine Drogenabhängigkeit oder HIV-Ansteckung eines Mitglieds kann einer Stigmatisation der ganzen Gemeinschaft gleichkommen und dazu führen, dass die betroffene Person gemieden oder ausgechlossen wird. Wichtig ist auch, dass die Machtstrukturen bekannt sind; ein Kontakt oder eine Arbeit mit den «falschen» Personen kann die Tür zur Gemeinschaft verschliessen. Hilfreich ist oft die Arbeit mit MediatorInnen oder MultiplikatorInnen, die selber Mitglied der Gemeinschaft sind.

15

Soziale Netzwerke und ihre Funktion der sozialen Unterstützung

Mit dem Migrationsprozess sind Schwierigkeiten und Stresssituationen verbunden. Ob diese bewältigt werden können, hängt auch von den sozialen Netzwerken ab, in die eine Person eingebunden ist, von der Sicherheit, Zugehörigkeit und dem Lebenssinn, die davon vermittelt werden.

Migration als kritisches Lebensereignis

Migrationsprozesse können als kritisches Lebensereignis angesehen werden. Sie sind verbunden mit sozialen und kulturellen Veränderungen: Veränderung der familiären Strukturen und der sozialen Netzwerke, Statusverlust, Veränderung der Rollenzuschreibung und Rollenübernahme; andere Symbole und Bedeutungszuweisungen, eine andere Sprache und Gesetzgebung. Dazu können weitere Schwierigkeiten und negative Erfahrungen kommen wie Rassismus, Diskriminierungserfahrungen, soziale Benachteiligung.

Prekäre Lebenslagen haben Auswirkungen auf Familienstrukturen und Erziehungsverhalten. Die unvertrauten Situationen lösen bei den Betroffenen Unsicherheitsgefühle und Stress aus. Überforderung bei der Alltagsbewältigung kann zu belasteten sozialen und emotionalen Beziehungen führen.

Die Befriedigung sozialer und emotionaler Bedürfnisse wird aufgrund der fehlenden sozialen Netzwerke und schützenden Grossfamilien häufig auf einen späteren Zeitpunkt (Ferien, Rückkehr ins Ursprungsland) verschoben und mit dem Erwerb von materiellen Gütern kompensiert.

Stressbewältigung

Ob und wie der Stress bewältigt werden kann, ist abhängig von den Schutz- und Risikofaktoren eines Individuums. Wenn das Gleichgewicht zwischen salutogenen und pathogenen Faktoren zugunsten letzterer kippt, führt dies zu gesundheitlichen Belastungen. Länger dauernde Stresssituationen können zu psychischen Erkrankungen und zu Abhängigkeiten von psychoaktiven Substanzen führen.

Soziale Netzwerke und Gesundheit

In unserer modernen, arbeitsteiligen Gesellschaft können soziale Netzwerke viel zur sozialen Gesundheit beitragen; sie vermitteln Sicherheit, Zugehörigkeit und Lebenssinn. Bernd Röhrle nennt folgende protektive Elemente der sozialen Unterstützung:

- Bindung
- Stressreduktion
- Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen
- Befriedigung von Grundbedürfnissen
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Bildung einer stabilen Identität
- Vermittlung von Normen und Werten
- Orientierung
- Kontrollfunktion

Aufbau von sozialen Netzwerken

Ziel ist, ein tragendes soziales Netzwerk für den Klienten oder die Klientin aus- bzw. aufzubauen. Am Anfang steht eine Situationsanalyse der sozialen Netzwerke der KlientInnen nach folgenden Merkmalen: Quantität, Qualität, Nähe und Distanz, Kohäsion, Beziehungslöcher, Verbindungen. Anhand der Netzwerkanalyse können die real vorhandenen Ressourcen der KlientInnen erschlossen werden.

Es braucht dann die professionelle Unterstützung zum konkreten, schrittweisen Aus- und Aufbau eines Netzwerkes: Institutionelle Netzwerke können zur Erschliessung von sozialen Netzwerken ihre Ressourcen zur Verfügung stellen und Kontakte mit Schlüsselpersonen herstellen. Sie bieten auch Hilfestellung bei der Vermittlung von Selbsthilfegruppen, organisieren Elterngruppen in der Einrichtung und leisten

Quartierarbeit. In ihrer Öffentlichkeitsarbeit kann die Institution auch selbst einen Beitrag zum Abbau von fremdenfeindlichen Einstellungen leisten.

Vorgehen und Instrumente

Voraussetzung zum Gelingen der Netzwerkarbeit ist, dass bei den KlientInnen das Bewusstsein für das unterstützende Potenzial ihrer sozialen Ressourcen entwickelt wird. Es kann viele Widerstände geben, aus einem tiefen Misstrauen auf dem Hintergrund der Migrationsgeschichte heraus. Schamgefühle, Selbstunsicherheit, Traumatisierungen oder Autoritätsgläubigkeit können Emanzipationsprozesse behindern.

Eine warmherzige Beziehungsaufnahme, in der die Wertschätzung und Anerkennung für das Geleistete zum Ausdruck kommt, ebnet den Weg für die weitere Arbeit. Eine alltagspraktische Begleitung ist hilfreich.

Nützliche Instrumente sind:

- Situationsanalyse anhand des sozialen und kulturellen Atoms (nach Jacob Moreno)
- Gruppengespräche mit der Technik der themenzentrierten Interaktion (nach Ruth Cohn)
- Bei der Förderung sozialer Kompetenzen erweisen sich die Manuals der dialektisch-behavioralen Therapie (nach Marsha Linehan) als sehr hilfreich.

16

Frauen in der Prostitution

Migrantinnen, die als Prostituierte arbeiten, sind für Suchtfachleute nur schwer zu erreichen. Grund dafür sind vor allem die Angst vor den Behörden (bzw. vor aufenthalts- und arbeitsrechtlichen Konsequenzen), Verbote von Zuhältern sowie Verlegenheit und Scham wegen ihrer Tätigkeit. Oft verheimlichen die Migrantinnen ihre wirkliche Arbeit gegenüber den Fachstellen (ÄrztInnen, Sozialdienste, Verwaltung usw.). Ihre tatsächliche Situation ist daher schwer einzuschätzen.

Primäres Ziel von Interventionen bei Sexarbeiterinnen ist die Vermittlung von präventionsorientierten Informationen zu sexuell übertragbaren Krankheiten (STI, HIV, HCV) und zu entsprechenden Hilfsangeboten (STI, Infektionskrankheiten usw.) und falls nötig die Begleitung der Frauen zu ärztlichen Kontrollen oder anderen Hilfseinrichtungen.

Die Frauen sind in ihrer Arbeit mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert, die sich auch auf ihre Gesundheit und ihre Kontaktnahme mit Hilfsangeboten auswirken können.

Unsicherheit der Arbeitsbedingungen

Sexarbeit ist mit wirtschaftlichen Faktoren verbunden. Die Arbeit erlaubt es den Migrantinnen, einen beruflichen Plan zu verwirklichen, den sie in ihrem Herkunftsland nicht realisieren können, oder ihre Familie dort zu unterstützen. Die Verpflichtung, der Familie Geld zu schicken, kann für die Frauen zu einem grossen Druck führen, umso mehr als sie die Art ihrer Arbeit oft verheimlichen müssen. Wenn sie keine Arbeits- und Aufenthaltspapiere besitzen, sind sie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit darauf angewiesen, in keine Polizeikontrolle zu kommen. Ihre schwache Position und die Unsicherheit ihrer Situation können von Zuhältern oder auch Freiern ausgenutzt werden.

Druck von Kunden, Risiken einzugehen

Das Angebot an bezahltem Sex ist vielfältig (Massagesalons, Privatclubs, Strasse, Internet usw.). Wenn das Angebot die Nachfrage übersteigt, besteht die Gefahr, dass die Kunden die Konditionen der Leistung selbst bestimmen. Viele verlangen dann eine Preisreduktion oder ungeschützten Sex.

Kein fester Wohnsitz

Für Sans-Papiers ergeben sich noch weitere Schwierigkeiten. Ohne Aufenthaltsbewilligung sind die Frauen gezwungen, in unsicherer Untermiete zu leben, was vom Vermieter ausgenutzt werden kann (Ausweisung, wenn die Miete nicht bezahlt wird, übertriebener Mietzins usw.).

Keine Krankenversicherung

Obwohl jede in der Schweiz lebende Person das Recht hat, eine Krankenversicherung abzuschliessen, sind viele Sans-Papiers-Frauen nicht versichert. Diese Situation hat viele Gründe: Unkenntnis des Rechtes auf Versicherung, Zögern der Krankenkassen, eine anonyme Person zu versichern oder zu teure Prämien für ihr Einkommen.

Schwieriger Zugang zu professioneller Gesundheitsversorgung

Wenn keine Krankenversicherung vorhanden ist, gestaltet sich der Zugang zur Gesundheitsversorgung schwierig. Die Frauen bagatellisieren ihre Symptome oft und schieben eine Konsultation auf. Spitzt sich ein medizinisches Problem zu, kommt es zu einer Notfallaufnahme, was entsprechende Sensibilität des sozialen und medizinischen Personals verlangt.

Tabus beim Konsum erschweren die Prävention

Sexarbeiterinnen zeigen häufig einen übermässigen Konsum von psychotropen Stoffen. Einige von ihnen konsumierten bereits in ihrem Herkunftsland. Die Substanzen werden eingenommen, um sich vor der Arbeit Mut zu machen und um das Unbehagen im Zusammenhang mit der Tätigkeit und den Lebensbedingungen zu betäuben.

Die Beschaffung der Medikamente erfolgt häufig über Internet. Die konsumierten Stoffe werden oft miteinander vermischt (Kokain, Cannabis, Alkohol und Medikamente). Der Konsum führt zu einer verminderten Wachsamkeit bei der Arbeit und erhöht damit die gesundheitlichen Risiken, gefährdet aber auch die Sicherheit der Frauen.
Mit den Migrantinnen über die Risiken und den Konsum zu sprechen, ist schwierig, denn das Thema ist oft tabu und der Konsum wird verleugnet.

Anzeige erstatten

Wenn Frauen ohne Aufenthaltsbewilligung Gewalt erleiden und bei der Polizei Anzeige machen, wird ihre Aufenthaltssituation überprüft und sie werden häufig für eine gewisse Zeit festgehalten. Sie werden so vom Opfer zur Angeklagten, was das Trauma des Gewaltereignisses noch vergrössert. Gespräche und Verhandlungen der Beratungsstellen mit der Polizei können zu einem Kompromiss führen, in dem die Menschenrechte respektiert werden (so z. B. geschehen in Lausanne).

Eine Vertrauensbeziehung aufbauen

Es ist häufig nötig, das Thema des Konsums auf indirektem Weg anzusprechen, zum Beispiel über die Frage nach der Sicherheit der Frauen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit (verminderte Wachsamkeit durch den Konsum). Der Aufbau einer Vertrauensbeziehung ermöglicht es den Fachpersonen, auf die Sorgen der Frauen um ihre Gesundheit und Sicherheit einzugehen. Dabei können auch Präventionsthemen zur Sprache kommen und es kann über die verschiedenen psychotropen Stoffe und ihre Wirkungen informiert werden. Sehr hilfreich sind Themenflyer (evtl. mit Piktogrammen), die in der Muttersprache der KlientInnen verfasst und leicht zugänglich sein sollten.
Um Vertrauen aufzubauen, hat es sich bewährt, einen Ort des Gesprächs und des Austauschs zu schaffen, wo die Frauen sich frei ausdrücken können. Prostituierte mit Drogenproblemen werden häufig von nicht konsumierenden Kolleginnen stigmatisiert, die Zugehörigkeit zu einer anderen Kultur kann diese Stigmatisierung noch vergrössern. Auch hier kann ein Gesprächsraum helfen, einen Dialog zwischen den Klientinnen zu ermöglichen, Druck abzubauen und Toleranz zu fördern.

Auf der Seite der Fachpersonen ist es nützlich, gemeinsam an den eigenen Vorstellungen zu den verschiedenen Zugehörigkeiten und Realitäten der Klientinnen zu arbeiten. Eine Erweiterung des Teams mit Fachfrauen, die selbst einen Migrationshintergrund und damit ein grosses Potenzial an transkulturellen Fähigkeiten haben, ist sehr empfehlenswert. Damit können auch bestimmte Gruppen von MigrantInnen erreicht werden, mit denen die Beziehungsaufnahme sonst schwierig ist.

17

KlientInnen mit Migrationshintergrund im Sozialdienst

Wer die Schwelle zum Sozialdienst übertritt, um Unterstützung zu erhalten, fühlt sich oft schlecht und in gewisser Weise beschämt. Es ist ein letzter Ausweg, wenn keine andere Struktur mehr helfen kann (gemäss dem Prinzip der Subsidiarität). Die Abhängigkeit vom Geld der Gesellschaft macht vielen Mühe. Stammt die betroffene Person aus dem Ausland und ist sie abhängig, verwandelt sich dieses Unbehagen oft in ein Gefühl, «das Gesicht oder die Ehre zu verlieren». Die damit verbundenen Risiken betreffen aber nicht nur die Einzelperson, sondern über die Familien- und/oder Sippenzugehörigkeit eine ganze Gruppe.

Paradox der Arbeit im Sozialdienst

Die Lebensqualität von MigrantInnen hängt von der Kompetenz ab, die sie entwickeln, um sich eine neue Identität aufzubauen, über eine Neudefinierung oder über einen Abgleich zwischen ihrer persönlichen und kulturellen Identität. Bei diesem Prozess sind eine ganze Anzahl von externen und internen Faktoren mitbeteiligt. Eines der wichtigsten Elemente ist die Beziehung zum soziosanitären System des Landes, das den Migranten oder die Migrantin aufnimmt. MigrantInnen wenden sich oft an den Sozialdienst, und das aus verschiedenen Gründen. Die Sozialarbeitenden, die als «AgentInnen» öffentlicher Funktion gelten, sehen sich dann mit einem paradoxen Auftrag konfrontiert: Sie müssen Massnahmen ergreifen gemäss geltenden Reglementen, Gesetzen und Verordnungen, die für die MigrantInnen aber nicht die gleiche Bedeutung haben. Die Fachperson muss eine Rolle der kulturellen Mediation spielen und dabei eine positive Beziehung mit den KlientInnen aufbauen. Gleichzeitig muss sie «limitierend» handeln und Missbrauch verhindern.

Verleugnungsstrategien bei Sucht

Die Sozialarbeitenden riskieren, dass sie durch die oft unbewusste Ausweichstrategie, die MigrantInnen manchmal unter Druck ihrer Umgebung an den Tag legen, in Schwierigkeiten geraten. MigrantInnen tendieren dazu, eine Suchtmittelabhängigkeit zu verstecken. Diese Verleugnungsstrategie schafft ebenfalls ein Paradox: Für die KlientInnen geht es darum, nicht zu verraten, was sie als beschämend empfinden, sondern eine Unterstützungsanfrage wegen einer Suchtproblematik durch eine andere Anfrage als Köder zu ersetzen. Dies ist ein Mechanismus der Selbstverteidigung.

Als Illustration für die Wirksamkeit dieser Verleugnungsstrategie können die Ergebnisse einer Umfrage in einem Sozialdienst dienen: Die Mitarbeitenden wurden um eine Schätzung der Anzahl KlientInnen mit Migrationshintergrund und Abhängigkeitsproblemen gebeten. Das Ergebnis überraschte: knapp weniger als 10 bei einer Gruppe von 200 Personen ausländischer Herkunft. Dies scheint nicht mit der Realität übereinzustimmen, da die somatischen Spitäler nicht die gleiche Wirklichkeit sehen. Der Anteil Hospitalisierungen infolge Abhängigkeitsproblemen unter allen Bevölkerungsgruppen soll bei rund einem Drittel liegen!

Eine Erklärung für diese Diskrepanz ist darauf zurückzuführen, dass MigrantInnen ihre Abhängigkeit verbergen, da sie es sich nicht leisten können, das Gesicht zu verlieren.
Nimmt man die oben erwähnten Erwägungen auf, könnte man die Hypothese aufstellen, dass MigrantInnen in einem Paradox gefangen sind, das man wie folgt formulieren könnte:

«Ich bin abhängig; das ist eine Schande für mich, meine Familie und meine Gemeinschaft; ich darf nicht darüber reden! Aber wenn ich geheilt werden will, muss ich darüber reden; dann setze ich aber das Gleichgewicht meiner ursprünglichen identitätsbildenden Gemeinschaft aufs Spiel. Auch mein persönliches Gleichgewicht ist bedroht!»

Systemisches Vorgehen

Kulturelle Faktoren führen demnach zu einer Verkomplizierung der Betreuung, der die Fachperson Rechnung tragen muss.
Dieses vorgängige Verständnis ist für die Arbeit mit suchtmittelabhängigen MigrantInnen in unseren Sozialdiensten notwendig. Wir schlagen vor, über die kulturellen vorgefestigten Konstrukte hinauszugehen und die Entwicklung einer Strategie anzustreben, die das Individuum, aber auch die kulturellen Zwänge der Gruppe berücksichtigt. Zu diesem Zweck scheint eine systemische Herangehensweise geeignet, die die für diese Arbeit erforderlichen kontextuellen Instrumente zur Verfügung stellt.

Vertrauensbasis

Die Arbeit wird erleichtert, wenn die Beziehung vom Sozialarbeiter als ein bereicherndes Element wahrgenommen wird. Die Beziehung mit «dem anderen» zu leben und dabei Empathie zu zeigen, führt zu einem Übereinkommen aufgrund von Vertrauen, das das Gespräch und die «Diagnostik des Problems in seiner Wirklichkeit» zulässt. Erst dann beginnt der so genannte Ko-Aufbau einer Lösung.

Spezialisierung nach Zielgruppen?

Angesichts der Komplexität des Problems und der Forderung, die «Zielperson nicht kopfscheu zu machen», stellt sich die Frage, ob die Sozialarbeitenden nicht das Recht haben sollten, nicht mit MigrantInnen zu arbeiten, wenn sie dies nicht wollen. Dies würde bedeuten, dass man die Komplexität akzeptiert, und nicht, dass man die Fachperson disqualifiziert (in einigen Sozialdiensten fühlen sich Sozialarbeitende zum Beispiel nicht wohl mit Kindern, weshalb andere KollegInnen die Familien betreuen). Eine mögliche Alternative wäre auch die Schaffung von internen Spezialisierungen in den Sozialdiensten. Die Sozialarbeitenden können so problemspezifisch arbeiten und ihre KollegInnen notfalls beraten. Eine zeitliche Entlastung würde es ihnen erlauben, punktuell zu MigrationsspezialistInnen zu werden, was kein Luxus ist, wenn man die hohe Anzahl von MigrantInnen bedenkt.

Sozialarbeitende können, auch wenn sie öffentliche BeamtInnen sind, nicht «nur» öffentliche BeamtInnen sein. Sie sind immer auch ein persönliches Gegenüber. Sie können «den anderen nicht bearbeiten», sie müssen immer auch eine Verbindung schaffen, damit sie das Anliegen der von ihnen betreuten Person verstehen können. Hauptmittel, um dies zu erreichen, ist ihre Fähigkeit, die anderen in ihrer Ganzheit zu betrachten, ihnen zuhören zu können und sich in ihre Lage zu versetzen. Dazu braucht es aber auch eine gewisse persönliche Freiheit ...

17 KlientInnen mit Migrationshintergrund im Sozialdienst

18

Rechtliche Grundlagen: Migrationsrecht – soziale Sicherheit

Bei KlientInnen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft stellen sich in der Suchthilfe ausländer- und versicherungsrechtliche Fragen verschiedener Art. Sich im Dschungel der verschiedenen Gesetze zurechtzufinden, ist nicht immer leicht. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die verschiedenen relevanten Gesetzesgrundlagen gegeben.

1 Migrationsrecht

Am 1. Januar 2008 ist das Bundesgesetz über die AusländerInnen (AuG) in Kraft getreten. Es regelt hauptsächlich die Ein- und Ausreise in die Schweiz, die Zulassung zu den diversen Aufenthaltsarten, den Familiennachzug, die Integrationspolitik sowie die Beendigung des Aufenthaltes einschliesslich der Zwangsmassnahmen. Das Asylgesetz (AsylG) sowie das Bundesgesetz über Erwerb und Verlust des Schweizer Bürgerrechts (Bürgerrechtsgesetz, BüG) regeln weitere einschlägige Rechtsstellungen. Ferner ist beachtlich, dass mittlerweile über die Hälfte der nichtschweizerischen Wohnbevölkerung sich primär nach dem Personenfreizügigkeitsabkommen (FZA) richtet. Staatsangehörige aus dem Nicht-EU-Raum nennt man Drittstaatenangehörige. Das AuG gilt in erster Linie für Drittstaatenangehörige, für die keine Privilegierung nach FZA Anwendung findet.

1.1 Staatsangehörigkeit und Staatsvertrag

Rechtlich steht vorab die Frage im Zentrum, ob jemand eine Staatsangehörigkeit besitzt oder nicht und falls ja: welche? Über keine Staatsangehörigkeit verfügen (unter Umständen) sog. Sans-Papiers oder auch Staatenlose. Bei ausländischen Staatsangehörigen ist sodann weiter zu prüfen, ob mit deren Heimatstaat ein Abkommen über soziale Sicherheit besteht. Ein solches Abkommen wird auch Staatsvertrag genannt. Zum Zuge kommen des Weiteren die Bundesgesetze und dazugehörige Verordnungen, Kreisschreiben, Weisungen, kantonale und allenfalls kommunale Rechtsquellen. Die Frage nach einem Leistungsanspruch kann nicht generell via Aufenthaltsstatus (z. B. Aufenthaltsbewilligung B oder Niederlassungsbewilligung C) kategorisiert und beantwortet werden. Für eine italienische, bosnische oder indische Staatsangehörige gleicher Aufenthaltskategorie kommen in der sozialen Sicherheit bei Vorliegen eines Staatsvertrags unter Umständen nämlich nicht die gleichen Bestimmungen zur Anwendung. Natürlich bestehen auch genügend Konstellationen, bei denen die Staatsangehörigkeit wiederum keine Rolle spielt, weil etwa der Wohnsitz oder die Ausübung einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz allein als Anspruchsvoraussetzung für einen Leistungsbezug genügt. Die Staatsangehörigkeit und ein allfälliger Staatsvertrag sind jedoch die Einstiegskriterien zur Feststellung eines Anspruchs in der sozialen Sicherheit.

1.2 Verfassungsrecht und Völkerrecht

Grundsätzlich gilt kraft Artikel 8 Absatz 2 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) auch in Bezug auf die soziale Sicherheit das *Gleichbehandlungsgebot* von SchweizerInnen und AusländerInnen. Eine Ausnahme ist nur dort möglich, wo die Staatsangehörigkeit ein sachliches Unterscheidungskriterium bildet. Die Schweiz hat zahlreiche *bilaterale und multilaterale Abkommen* über soziale Sicherheit geschlossen, damit diesem Gleichbehandlungsgrundsatz verstärktes Gewicht zukommt. Zwei der wichtigsten Abkommen sind das Personenfreizügigkeitsabkommen (FZA) sowie das Übereinkommen der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Mit den EFTA-Staaten Liechtenstein, Island und Norwegen wurde eine dem FZA analoge Regelung geschaffen.

1.3 Freizügigkeitsabkommen (FZA)

Das (Personen-)Freizügigkeitsabkommen steht als Beispiel dafür, wie wesentlich ein Abkommen die Rechtsstellung von ausländischen Staatsangehörigen in der sozialen Sicherheit beeinflussen kann. Es ist seit dem 1. Juni 2002 in Kraft und stellt *direkt anwendbares Recht* dar. Geregelt wird – aus Schweizer Optik – die Rechtsstellung von Staatsangehörigen der EU-Mitgliedstaaten, insbesondere die Einreise und der Aufenthalt

von erwerbs- und nichterwerbstätigen Personen in der Schweiz. Ziel ist es, sich gegenseitig die *gleichen Lebens-, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen zu gewähren wie Inländern (Artikel 1 FZA).* Einer der wichtigsten Grundsätze ist das *Diskriminierungsverbot* eines vertragsparteilichen Staatsangehörigen (Artikel 2). Aufgrund der *Koordinierungspflicht* der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit kann die Freizügigkeit im europäischen Raum überhaupt gewährleistet werden. Nach Artikel 8 FZA sollen u. a. die Gleichbehandlung, die Bestimmung der anwendbaren Rechtsvorschriften und die Zahlung von Leistungen geregelt werden. Dabei bedeutet Koordinierungspflicht allerdings nicht Harmonisierungspflicht. Sofern das FZA einen gewissen Sachverhalt nicht zu regeln vermag, kommen die bereits bestehenden bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit zum Zug. Zu prüfen ist stets, ob ein Abkommen in persönlicher, sachlicher und zeitlicher Hinsicht zur Anwendung gelangt.

2 Soziale Sicherheit

Wenn bisher von sozialer Sicherheit die Rede war, dann aus dem Grund, weil die Not-, die Sozialhilfe und das Sozialversicherungsrecht rechtlich gesehen unterschiedliche Gefässe darstellen. Sie alle tragen jedoch zur Gewährleistung der sozialen Sicherheit von SchweizerInnen und MigrantInnen bei. Zu bestimmen ist dabei, welche Einrichtung prioritär angerufen werden muss und welche lediglich subsidiär angegangen werden kann.

2.1 Nothilfe und Sozialhilfe

Gemäss Artikel 12 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) gilt Folgendes: «Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.» Dies stellt den so genannten Anspruch auf Existenzsicherung dar, auf welchen sich auch Asylsuchende oder Sans-Papiers berufen können. Die sozialhilferechtliche Unterstützung zur Existenzsicherung erfolgt durch den Wohn- resp. Aufenthaltskanton, zumal die Sozialhilfe in kantonalen Gesetzen geregelt wird. Gestützt auf das kantonale oder kommunale Recht kann denn auch die Anwendbarkeit der Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) als verbindlich erklärt werden, was sie nicht von

vornherein sind, da es sich um Richtlinien einer Fachorganisation handelt. Mit Staaten wie Italien, Portugal und der Türkei hat die Schweiz z. B. auch ein Fürsorgeabkommen geschlossen.

2.2 Sozialversicherungsrecht

Das Sozialversicherungsrecht ist primär Bundesrecht und untersteht im Gegensatz zum praktisch allgemeingültigen Anspruch auf Existenzsicherung aus der Not- bzw. Sozialhilfe anderen Anknüpfungskriterien. Die Sozialversicherung deckt in erster Linie die Rechtsfolgen eines Risikoeintritts (z. B. Krankheit, Unfall, Invalidität, Tod) ab, sofern bestimmte Voraussetzungen in persönlicher, sachlicher und zeitlicher Hinsicht gegeben sind.

Ein Beispiel:
Gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) ist eine Person unfallversichert von dem Tag an, an dem sie aufgrund der Anstellung eine Arbeit antritt oder hätte antreten sollen, in jedem Falle aber im Zeitpunkt, da sie sich auf den Weg zur Arbeit begibt (Artikel 3 Absatz 1 UVG). Ist die Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der Versicherten. Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, wenn ein Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung oder eine Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz vom 25. September 1952 besteht (Artikel 16 UVG). Sofern der Ereigniseintritt nicht als Unfall, sondern als Krankheit qualifiziert wird, kommt grundsätzlich das KVG zur Anwendung. Zu prüfen ist folglich in persönlicher Hinsicht, ob es sich um eine obligatorisch oder allenfalls freiwillig versicherte Person handelt. Sodann, ob im sozialversicherungsrechtlichen Sinne sachlich gesehen ein Unfallereignis und eine volle oder teilweise Arbeitsunfähigkeit vorliegt und schliesslich wann in zeitlicher Hinsicht die Leistungspflicht des Unfallversicherers für die Taggeldleistungen und/oder Behandlungskosten beginnt und wann sie endet.

Die Sozialhilfe kommt nur subsidiär zum Zug, sofern kein Anspruch gegenüber den Sozialversicherungen geltend gemacht werden kann. Daher ist es auch immer wichtig abzuklären, wo allfällige (Vor-)Leistungspflichten für etwa Taggelder oder Renten bestehen, gerade wenn verschiedene Sozialversicherungen in Frage kommen (z. B. typischerweise Zusammenspiel zwischen Unfallversicherung, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Invalidenversicherung). Die einzelnen sozialversicherungsrechtlichen Zweige unterstehen neben den einzelnen Bundesgesetzen und den Bundesverordnungen wie IVG/IVV oder KVG/KVV grundsätzlich dem *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).* Geregelt wird durch das ATSG die Beziehung der Bundessozialversicherung zu den versicherten Personen. Im ATSG finden sich u. a. die Begriffsdefinitionen von Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität; die verschiedenen Leistungsarten (Sach- und Geldleistungen); eine Bestimmung zur Kürzung und Verweigerung von Leistungen bei vorsätzlicher Herbeiführung resp. Verletzung der Schadensminderungspflicht (Artikel 21); weiter Verfahrensgrundsätze (z. B. Artikel 28 – Mitwirkungspflicht der versicherten Person, Artikel 33 – behördliche Schweigepflicht gegenüber Dritten), Koordinationsregelungen oder auch Bestimmungen über die Rechtspflege im streitigen Fall, damit die Ansprüche durchgesetzt werden können.

3 Anknüpfungskriterien in der Sozialversicherung

Bei sämtlichen sozialversicherungsrechtlichen Zweigen, namentlich Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), Invalidenversicherung (IV), Ergänzungsleistungen (EL), Krankenversicherung (KV), Arbeitslosenversicherung (ALV), Unfallversicherung (UV), der beruflichen Vorsorge (BV), den Kinder- und Familienzulagen sowie beim Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft ist die jeweilige persönliche, sachliche und zeitliche Anwendbarkeit anhand nachfolgender Anknüpfungskriterien zu prüfen.

Im Rahmen der Versicherungsunterstellung ist stets zu fragen:

- welches das anwendbare Recht ist (vgl. Ziffer 1)
- ob eine Person gestützt auf den Wohnsitz in der Schweiz oder aber aufgrund einer Erwerbstätigkeit einem sozialversicherungsrechtlichen Zweig unterstellt ist
- ob Erwerbstätigenbeiträge oder Nichterwerbstätigenbeiträge zu entrichten sind
- ob eine Beitragspflicht oder eine Beitragswahl besteht und ob die Mindestbeitragszeiten erfüllt wurden
- ob das Erwerbsortprinzip oder das Beschäftigungslandprinzip gilt
- ob das Beitragsobjekt (d.h. Bemessungsgrundlage für die Höhe der Beiträge) bestimmbar ist
- ob Beiträge – beim Verlassen der Schweiz – allenfalls zurückgefordert werden können
- ob ein Versicherungsfall überhaupt vorliegt und ob die Versicherteneigenschaft gegeben ist
- ob ein Staatsvertrag besteht und ob sämtliche in Frage kommenden Sozialversicherungen einbezogen wurden.

4 Obligatorische Krankenversicherung

Die Schweizerische Krankenversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) beinhaltet die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung. Auf die letztere wird hier nicht eingegangen. In den Genuss der Krankenpflegeversicherung kommen grundsätzlich *alle in der Schweiz wohnhaften Personen*, da die Unterstellung obligatorisch ist. Es gilt eine *Versicherungspflicht*. Das Versicherungsobligatorium soll die *Solidarität* in der Sozialversicherung gewährleisten. Innert 3 Monaten nach der Wohnsitznahme bzw. der Geburt ist die Versicherung abzuschliessen. Ausnahmen von der Versicherungspflicht sind allerdings begrenzt möglich, z. B. für ausländische Personen, die über Immunitäten verfügen. Voraussetzung für die Leistungspflicht des Krankenversicherers ist der Beitritt in eine Krankenversicherung. Eine Rückvergütung der Leistungen findet nur statt, wenn der Beitritt tatsächlich vorgenommen wurde. Leistungen können zudem auch all denjenigen VersicherungsnehmerInnen verweigert werden, die ihrer Beitrags- sprich Prämienleistungspflicht nicht nachkommen. Dadurch kommt es nämlich zu einem versicherungsrechtlichen Deckungsunterbruch. Relevant hinsichtlich der Ausrichtung der Leistungen ist, dass die LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen, ApothekerInnen, ChiropraktorInnen, Hebammen, Laboratorien, Pflegeheime, Heilbäder etc., vgl. dazu Artikel 35 ff. KVG) zugelassen sind. Sollen Leistungen vergütet werden, so müssen sie zudem *wirksam, zweck-*

mässig und wirtschaftlich sein. Im Zweifelsfall ist Vorsicht geboten und die Leistungsübernahme im Voraus schriftlich durch die Krankenkasse bestätigen zu lassen.

Unter Vorbehalt abweichender Bestimmungen aus der Asylgesetzgebung kommt insbesondere das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) auch für *Asylsuchende* zur Anwendung. Eingeschränkt werden kann nach Massgabe von Artikel 82a Asylgesetz aber gerade sowohl die Wahl des Krankenversicherers wie auch die Wahl des Leistungserbringers. Der «Bundesbeschluss über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und Staatenlosen in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung» regelt die grundsätzliche Gleichstellung von *Flüchtlingen und Staatenlosen* mit SchweizerInnen auf dem Gebiet der Sozialhilfe und der sozialversicherungsrechtlichen Leistungen. Wobei unter Flüchtlingen – im Gegensatz zu Asylsuchenden – diejenigen Personen zu verstehen sind, die in der Schweiz anerkannt wurden und Asyl erhalten haben. Anknüpfungskriterium ist jedoch die Versicherungsunterstellung mit Entrichtung der Prämien gestützt auf den blossen Wohnort Schweiz und nicht die Staatsangehörigkeit. Zu beachten ist allerdings, dass mit Inkrafttreten des FZA für die betreffenden Staatsangehörigen das *Beschäftigungsland* massgeblich ist und nicht der Wohnort. So gilt auch das System der Familienversicherung, will heissen, dass nichterwerbstätige Familienangehörige dort versichert sind, wo das erwerbstätige Familienmitglied versichert ist. Für GrenzgängerInnen aus den Nachbarländern der Schweiz besteht ein *Wahlrecht*. Im Lichte des Gesagten steht allen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz gestützt auf die Versicherungspflicht grundsätzlich ein Anspruch auf Rückvergütung von Krankenpflegeleistungen zu.

4.1 Krankenversicherung bei Sucht

Wie sieht es nun mit der krankenversicherungsrechtlichen Rückvergütung von Leistungen bei Suchtkrankheit, insbesondere bei Rauschgiftsucht, aus. Ein Suchtverhalten stellt erst dann eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne dar, wenn Ursachen oder Folgen der Sucht auf eine Krankheit zurückzuführen sind bzw. eine solche verursachen und ein medizinischer Handlungsbedarf vorliegt. Schwierigkeiten bietet dabei die Abgrenzung, ob eine behandlungsbedürftige

Sucht vorliegt und unter welchen Voraussetzungen eine Leistungspflicht des Krankenversicherers entsteht.

Im Sozialversicherungsrecht können Leistungskürzungen oder gar Leistungsverweigerungen dann vorgenommen werden, wenn eine versicherte Person nicht der Schadensminderungspflicht nachkommt (Grundsatz in Artikel 21 ATSG). Trotzdem kann die Inanspruchnahme der Krankenversicherung bei einer Rauschgiftsucht nicht unter Berufung auf die Schadensminderungspflicht der versicherten Person verweigert werden, auch wenn zwar nicht von einer vorsätzlichen, aber zumindest eventualvorsätzlichen Herbeiführung einer Sucht resp. Krankheit gesprochen werden kann. Eventualvorsätzlich bedeutet, dass man den Eintritt eines Ereignisses nicht unbedingt will, jedoch unter den gegebenen Umständen durch sein Handeln in Kauf nimmt.

Ziffer 8 des Anhangs 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) legt den Umfang der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei einer Rauschgiftsucht mit Krankheitswert fest. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung aus BGE 118 V 107 E. 7b – Frage der Übernahme einer methadonunterstützten Langzeitbehandlung bei Rauschgiftsüchtigen – hat zur Folge, dass eine Leistungsverweigerung infolge Selbstverschuldens bei Rauschgiftsucht praktisch ausgeschlossen ist. Die Grundannahme ist bei dieser Praxis und Rechtsprechung nämlich, dass etwa das Scheitern einer Entwöhnungstherapie bei Rauschgiftsüchtigen nicht auf mangelnden guten Willen zurückzuführen ist, sondern auf die Suchtkrankheit selber. Es muss hier die Frage nach einer Ungleichbehandlung zu anderen Suchtkranken gestellt werden, die zur Abstinenz, Pflicht der Abmagerung oder Einschränkung des Alkohol- und/oder Nikotinkonsums angehalten werden.

4.2 Fazit

Die Krankenversicherung ist ein geeignetes Beispiel dafür, um aufzuzeigen, dass MigrantInnen bei der Inanspruchnahme von sozialversicherungsrechtlichen Leistungen nicht in jedem Fall schlechter gestellt sein müssen als SchweizerInnen. Schwierigkeiten bieten hier wohl eher für sämtliche VersicherungsnehmerInnen die Auslegung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung sowie

allgemein die Bedeutung der Schadensminderungspflicht. Im rechtspolitischen und gesellschaftlichen Diskurs ist häufig von einem «Zweiklassensystem» die Rede, wenn es um die Unterscheidung zwischen FZA-Staatsangehörigen und Drittstaatenangehörigen geht. Es geht m. E. nicht darum, Privilegierungen abzuschaffen. Vielmehr muss es unser Bestreben sein, dahin zu wirken, den schwächsten Gliedern der Migrationspopulation (Asylsuchende, Sans-Papiers) möglichst eine Gleichbehandlung zugute kommen zu lassen und sie in ihren Ansprüchen zu bestärken, zumal der Sozialversicherung der Gedanke der gesellschaftlichen Solidarität zugrunde liegt. In Bezug auf die Leistungsübernahme bei Suchtkrankheiten müssen weiter Bemühungen zur Vereinheitlichung unternommen werden, um auch hier eine möglichst bedarfsgerechte Gleichbehandlung der Betroffenen zu erreichen.

19

Institutionelle Verankerung und Qualitätssicherung

Ziel der institutionellen Verankerung der migrationsgerechten Suchtarbeit ist, deren Qualität, Kohärenz und Kontinuität zu sichern bzw. zu fördern.

Top-down-Ansatz zur Sicherung des migrationsgerechten Angebots

Migrationsgerechte Suchtarbeit der Mitarbeitenden in einer Einrichtung stösst an Grenzen, wenn sie nicht institutionell verankert und von der Leitungsebene her aktiv unterstützt wird. Die migrationsspezifische Arbeit hängt dann von der (zufälligen) Initiative oder dem eigenen Migrationshintergrund von einzelnen Mitarbeitenden ab. Wenn diese die Institution verlassen, gehen auch das Wissen und die Beziehungen verloren. Ein Top-down-Ansatz zur nachhaltigen Sicherung des Angebots ist deshalb ebenso wichtig, wie das Engagement und das spezifische Wissen der einzelnen Mitarbeitenden es sind. Es geht um ein «Diversity Management» im weiteren Sinn, welches die heterogenen Ressourcen und Bedürfnisse von Mitarbeitenden wie KlientInnen integriert, zum Nutzen von allen. Ziel ist nicht nur die Erhaltung des Angebots, sondern auch die Sicherung und Verbesserung von dessen Qualität.

Qualitätsmanagementsystem

Zur Qualitätssicherung der Arbeit einer Institution stehen verschiedene Qualitätsmanagementsysteme zur Verfügung. Die nachstehenden Hinweise zur institutionellen Verankerung migrationsgerechter Suchtarbeit folgen der Systematik des Referenzsystems von QuaTheDA modular, der Qualitätsnorm des BAG für den Suchthilfebereich (www.quatheda.ch).

1 Managementprozesse

Leitbild und Strategie / Weiterentwicklung einer Institution
Im Leitbild kann eine allgemeine Werthaltung festgeschrieben werden, zum Beispiel, dass das Angebot der Institution allen Hilfe benötigenden Personen offen steht, ungeachtet ihrer Herkunft, ihrer Religion, allenfalls auch ihrer Sprache und ihres Aufenthaltsstatus. Im Rahmen von Aussagen zum Menschenbild, das die Grundlage der Arbeit bildet, kann ein transkultureller Ansatz umschrieben werden, wonach die KlientInnen in ihrer je individuellen Lebensrealität und Lebensgeschichte gesehen werden und nicht aufgrund kultureller Zuschreibungen und Stereotype. Dabei kann z. B. auch ein ressourcenzentrierter Ansatz ins Zentrum gestellt werden.

In der auf das Leitbild aufbauenden Strategie sind mittelfristige Ziele, Zielgruppen, Angebote etc. der Institution genannt, durch die sich diese im Umfeld positionieren will. Hier sind auch Zielsetzungen in Bezug auf die Klientel mit Migrationshintergrund zu definieren. Kurzfristige Ziele im Zusammenhang mit Angebotsanpassungen oder Weiterentwicklungsprojekten sind mit klaren Vorgaben präzisiert.

Betriebs- und Dienstleistungskonzept
(Ziele, Zielgruppen, Angebote, Methoden)
Im Betriebskonzept, in dem die betriebswirtschaftliche und organisatorische Gestaltung der Einrichtung festgehalten ist, können spezielle auf die Migrationsarbeit bezogene interne Organisationseinheiten, Gefässe und Verantwortlichkeiten aufgeführt werden, ebenso wie Kommunikationswege und die Zusammenarbeit mit externen Stellen und Organisationen wie migrationsspezifische Fachstellen und Fachpersonen oder Migrationsgemeinschaften.

Im Dienstleistungskonzept sind die Zielgruppen der Einrichtung, die Zielsetzungen und das entsprechende Behandlungs-, Therapie- bzw. Betreuungsangebot definiert. Hier kann beschrieben werden, dass und wie den spezifischen Problemen und Ressourcen von KlientInnen mit Migrationshintergrund Rechnung getragen wird und welche Methoden und Gefässe oder Mittel dabei eingesetzt werden. Dazu gehören z. B. der Beizug von DolmetscherInnen und die Arbeit mit Angehörigen, für die allenfalls besondere (Ausnahme-)Regelungen möglich sein müssen (z. B. was Kontaktsperren in stationären Einrichtungen angeht). Ein wichtiges Thema ist auch das der Zeit: Die Betreuung bzw. Behandlung oder Therapie von KlientInnen mit Migrationshintergrund bedeutet oft einen vermehrten Zeitaufwand, sei es für besondere Abklärungen, für die Arbeit mit Familienangehörigen oder den Einbezug von DolmetscherInnen.

Führung und Organisation
Wichtig ist, dass das Thema Migration im Sinne eines Mainstreamings auf allen Organisationsebenen und in allen Gefässen eingebracht und verankert wird. Dafür können neben der Leitung weitere Migrationsverantwortliche in der Einrichtung (mit entsprechenden Pflichtenheften und Ressourcen) bezeichnet werden. Wichtig ist darüber hinaus die Einrichtung regelmässiger Kommunikationsgefässe. Zur Führung gehört auch, dass wie für andere Diskriminierungen die Verfahren auch bei rassistischen Diskriminierungen klar geregelt sind. Weiter muss die Chancengerechtigkeit sowohl für KlientInnen wie auch für Mitarbeitende mit Migrationshintergrund gewahrt sein.

Externe Kommunikation und Kooperation
Im Zusammenhang mit KlientInnen mit Migrationshintergrund sind Fragen der Zugangsbarrieren bzw. des Zugangs zu den Hilfsangeboten sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit besonders wichtig.
Ein institutionalisierter Kontakt zu Migrationsgemeinschaften oder –organisationen hilft Informationsdefizite vermindern und schafft Vertrauen zu den Suchthilfeangeboten. Allenfalls kann eine solche Öffentlichkeitsarbeit (z. B. in Form von Informationsveranstaltungen) von mehreren Institutionen gemeinsam organisiert werden, um Synergien zu nutzen. Die Mithilfe von MediatorInnen/MultiplikatorInnen kann dabei sehr wichtig sein.
Eine fachliche Kooperation und Vernetzung über die Bereichsgrenzen hinweg ist z. B. angezeigt mit anderen Suchthilfeeinrichtungen mit spezifischen Angeboten für KlientInnen mit Migrationshintergrund (u. a. im Hinblick auf Übertritte), mit spezialisierten Fachpersonen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Psychiatrie, Ambulatorien für

Folter- und Kriegsopfer etc.) und aus dem Migrations- und Integrationsbereich (Migrationsbehörden, Integrationsstellen, Rechtsberatungsstellen).

Qualitätsmanagement, Steuerung und Evaluation
Zur Sicherung der Qualität von migrationsspezifischen Leistungen und Zielen ist es wichtig, dass diese in den relevanten Unterlagen der Einrichtung aufgeführt und in die Prozesse des Qualitätsmanagements einbezogen sind.
Allenfalls müssen zur Evaluation der Angebote spezielle Daten in Bezug auf den Migrationshintergrund erhoben werden. Solche Daten können sein: Nationalität, Geburtsort, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer in der Schweiz, Zeitpunkt der Migration (eigene oder diejenige der Eltern oder Grosseltern), Sprache(n), Sprache der Eltern, Religion.

2 Supportprozesse

Personal
Die transkulturelle Kompetenz der einzelnen Mitarbeitenden ist ein ganz zentraler Faktor für den Erfolg der Suchtarbeit mit KlientInnen mit Migrationshintergrund und muss in der Personalpolitik berücksichtigt werden. Es braucht entsprechende Anforderungsprofile (Mitarbeitende mit Berufserfahrung im Migrationsbereich oder Fort- und Weiterbildungen in transkultureller Kompetenz bzw. Mitarbeitende mit eigenem Migrationshintergrund), Weiterbildungen, Super-/Intervisionen und Fallbesprechungen.

Finanzierung/Rechnungslegung
Migrationsarbeit ist zum Teil mit Mehraufwendungen an Geld und Zeit verbunden, z. B. bei der Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen und -stellen, bei der Öffentlichkeitsarbeit oder durch den Beizug von DolmetscherInnen. Die Ressourcen dafür müssen eingeplant und sichergestellt werden.

Gesetzliche Vorschriften/Vereinbarungen
Die für die Arbeit einer Einrichtung relevanten gesetzlichen Regelungen im Migrationsbereich wie AusländerInnengesetz und Asylgesetz (inkl. jeweiliger Verordnungen) oder Rassismusstrafnorm müssen bekannt sein und eingehalten werden.

3 Dienstleistungsprozesse

Dienstleistungsprozesse betreffen die konkreten Angebote der Einrichtungen in den verschiedenen Suchthilfebereichen. Darunter fallen u. a. Informationsvermittlung, Abklärung und Aufnahme, Therapie oder Rehabilitation, Beratung, Begleitung, Betreuung, Substanzverabreichung oder Abgabe von Material, Dokumentation, Austritt/Abschluss, externe Vernetzung, Krisenintervention. Welche migrationsspezifischen Elemente und Ansätze dabei in der konkreten Suchtarbeit zu berücksichtigen sind, ist Thema der vorausgegangenen Kapitel dieses Manuals.

20

Die AutorInnen und ihre Themen

Die Texte dieses Manuals wurden von den Mitgliedern der Projektgruppe und weiteren AutorInnen ausgearbeitet (vgl. Kapitel 2 «Zu diesem Buch»). Einige Beiträge stammen von einzelnen AutorInnen, andere entstanden aus gemeinsamen Diskussionen in der Projektgruppe oder in der Zusammenarbeit von einzelnen Mitgliedern mit KollegInnen aus ihrem Umkreis.

Die einzelnen AutorInnen haben folgende Themen bearbeitet

- Anne Ansermet Pagot: Frauen und Prostitution, Auslandtherapie, Migrationsgemeinschaften
- Aline Bernhardt Keller: redaktionelle Überarbeitung, Dolmetscherarbeit
- Osman Besić: transkulturelle Kompetenz
- Rut Brunner Zimmermann: Kinder
- Umberto Castra: Familie, Kommunikation, Auslandtherapie, Migrationsgemeinschaften
- Mehmet Ertogrul: Jugendliche
- Nelson Feldman: Substitution bei KlientInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus, Dolmetscherarbeit, Auslandtherapie, Migrationsgemeinschaften
- Marianne König: redaktionelle Überarbeitung, Einleitung, institutionelle Verankerung, Kommunikation
- Andrea Kromer: Jugendliche/Mädchen
- Pablo Sanchez-Mazas: Transkulturalität, Auslandtherapie, Migrationsgemeinschaften
- Eliane Schnellmann: Anamnese, soziale Netzwerke, Kommunikation
- Attiya Sheikh: rechtliche Grundlagen
- Isabelle Soulignac: Substitution bei KlientInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus
- Gianni Tiloca: Jugendliche, Kommunikation
- Enrico Tolotti: Weg der Heilung, Sozialdienst, Auslandtherapie, Migrationsgemeinschaften
- Safija von Beg: systemisch lösungsorientierter Ansatz

21

Literatur und Links zu den einzelnen Kapiteln

Im Folgenden sind zu den einzelnen Kapiteln ausgewählte Publikationen und Weblinks zusammengestellt; einige Publikationen erscheinen mehrfach unter verschiedenen Kapiteln.
Ein umfassenderes und regelmässig aktualisiertes Verzeichnis von Publikationen und Websites ist auf der Migrationswebsite von Infodrog unter www.migration.infodrog.ch zu finden.

1 Vorwort

Informationen und Publikationen zur Bundesstrategie Migration und Gesundheit sind auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit zu finden (Dokumente zum Herunterladen): www.miges.admin.ch

- Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2008): Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008–2013). Bern: BAG
- Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2002): Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Bern: BAG
- Domenig, Dagmar; Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2002): Bedeutung einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis. Bern: BAG

2 Zu diesem Buch

- Barth, Wolfgang; Czycholl, Dietmar (2005): Sucht, Migration, Hilfe. Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe. Geesthacht: Neuland
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002): Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 141/II der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos
- Domenig, Dagmar (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber
- Salman, Ramazan; Tuna, Soner; Lessing, Alfred (Hrsg.) (2002): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2. Auflage. Giessen: Psychosozial-Verlag
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdiziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo

Vielfältige Informationen und Untersuchungen zu verschiedenen Aspekten von Migration und Integration sind auch auf den Websites entsprechender Nationaler Forschungsprogramme (NFP) des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF), www.snf.ch, zu finden. Zum Beispiel: NFP 39 – Migration und interkulturelle Beziehungen.

3 Transkulturelle Kompetenz

- Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage. Bern: Hans Huber
- Lanfranchi, Andrea (2006): Kulturschock? Interkulturelle Kompetenz in psychosozialen Berufen. In: Psychoscope, 8 (27), S.12–14
- Meyer, Katharina (Hrsg.) (2009): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber

4 Kommunikation – Beziehung

- Domenig, Dagmar; Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2002): Bedeutung einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis. Bern: BAG
- Domenig, Dagmar (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber

Vergleiche auch die Angaben unter Kapitel 2 und 3.

5 Arbeit mit DolmetscherInnen

Umfassende Informationen sind auf der Website von Interpret, der Schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln, zu finden: www.inter-pret.ch

Weitere Publikationen zur Praxis:

- Bischoff, Alexander; Loutan, Louis (2000): Mit anderen Worten: Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG
- Saladin, Peter (Hrsg.) (2008): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG/H+ Die Spitäler der Schweiz

Zu rechtlichen und Finanzierungsfragen:

- Achermann, Alberto et al. (2008): Bericht über die Finanzierung von Dolmetschleistungen zugunsten der Angehörigen der Bevölkerung, welche die jeweilige Amtssprache nicht verstehen, in den schweizerischen Gesundheitsinstitutionen. Bern: Expertengruppe im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG und H+ Die Spitäler der Schweiz
- Ayer, Ariane; Gilbert, Muriel (2005): Die Rechte des migrierten Patienten: Welche Rechtsgrundlagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschers? Fribourg und Bern: im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

6 Anamnese – Therapie

- Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage. Bern: Hans Huber
- Heimann, H.M., Penka, S., Heinz, A. (2007): Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen – eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. In: Suchttherapie, 2007; 8: S. 57–62
- Von Schlippe, Arist; El Hachimi, Mohammed; Jürgens, Gesa (2004): Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision. 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme

7 Transkulturalität und Sucht: vom Konzept zur Praxis

- Sass, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael (1998): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Baubet, Thierry; Taïeb, O. (2005): Guide de formulation culturelle. In: Annales médico-psychologiques 1/2005, S. 38–43. Paris: Elsevier
- Grandsard, Catherine; Nathan, Tobie (1999): La toxicomanie: un réseau ultra-court. In: Les Cahiers de Prospective Jeunesse 1/1999 – La question du plaisir... Le plaisir en question. Bruxelles: Prospective Jeunesse
- Khantzian, Edward J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. American Journal of Psychiatry, 142(11), 1259.
- Lewis-Fernandez, R.; Diaz, N. (2002): The cultural formulation. A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. In: Psychiatry quarterly 4/2002, S. 271–295
- Stewart SH; Pihl, RO; Conrod PJ; Dongier M. (1998): Functional associations among trauma, PTSD and substance-related disorders. Addictive Behaviors. 1998/23:797–812

8 Weg der Heilung

- Lévi-Strauss, Claude (2009): Traurige Tropen. Neuauflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Wissenschaft
- Lévinas, Emmanuel (1995): Altérité et Transcendance. Paris: Fata Morgana
- Levinas, Emmanuel (1999): Wenn Gott ins Denken einfällt. Diskurse über die Betroffenheit von Transzendenz. 3. Auflage. Freiburg i. Br. und München: Alber
- Flèche, Christian; Lagardet, Jean-Jacques (2004): L'instant de guérison. Barret-sur-Méouge: Le Souffle d'Or
- Wittgenstein, Ludwig (2000): Tractatus logico-philosophicus. Tagebücher 1914–1916. Philosophische Untersuchungen. Werkausgabe Bd. 1. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Bobin, Christian (1995): Le très-bas. Collection Folio. Paris: Gallimard

9 Systemisch lösungsorientierter Ansatz

- De Jong, Peter; Kim Berg, Insoo (1999): Lösungen (er-)finden: Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. Dortmund: modernes lernen
- De Shazer, Steve (2005): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Radice von Wogau, Janine; Eimmermacher, Hanna; Lanfranchi, Andrea (Hrsg.) (2004): Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Weinheim: Beltz
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag

10 Substitutionsbehandlung von PatientInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus

Zwei spezifische Websites enthalten Informationen für und zu Sans-Papiers:

- Nationale Plattform «Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers»: Die Plattform umfasst Anlaufstellen, die auf Gesundheitsbetreuung und -beratung für Sans-Papiers spezialisiert sind.
  www.sante-sans-papiers.ch
- Die Beratungsstellen der deutschsprachigen Schweiz für Sans-Papiers haben eine gemeinsame Website mit Hintergrundberichten, aktuellen Informationen und Kontaktadressen der Beratungsstellen:
  www.sans-papiers.ch

- Kiener, Regina; von Büren, Lucie (2007): Strafbarkeit durch medizinische Betreuung von Sans-Papiers? In: Asyl 4/2007

Siehe auch die Angaben unter Kapitel 18 «Rechtliche Grundlagen».

11 Therapie im Ausland

Im Dossier «Reisebestimmungen» auf www.infoset.ch sind verschiedene Websites aufgeführt, die einen Überblick zu Behandlungs- und Substitutionsmöglichkeiten im Ausland geben.

12 Kinder – Jugendliche – Eltern

- Bolzman, Claudio; Fibbi, Rosita; Vial, Marie (2003): Secondas – Secondos. Le processus d'intégration des jeunes adultes issus de la migration espagnole et italienne en Suisse. Zürich: Seismo
- Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage. Bern: Hans Huber (Kapitel «Migrationskinder» von A. Lanfranchi, S. 371 bis 393)

- Feld, Katja; Freise, Josef; Müller, Annette (Hrsg.) (2005): Mehrkulturelle Identität im Jugendalter. Die Bedeutung des Migrationshintergrundes in der Sozialen Arbeit. Münster: Lit Verlag
- Lanfranchi, Andrea (2004): Aus Secondos werden Stars. Integration von Eingewanderten als Transformationsprozess. In: Psychoscope, 25 (3), S. 6–9
- Mey, Eva (2008): Jugendliche mit Migrationshintergrund. «Zwischen Stuhl und Bank» oder «global kids»? In: Terra cognita. Schweizer Zeitschrift zu Integration und Migration 13/2008 – Identitäten, S. 78–81. www.terra-cognita.ch

Siehe auch die Angaben unter Kapitel 2 «Zu diesem Buch».

13 Arbeit mit der Familie

- Boszormenyi-Nagy, Ivan; Framo, James L. (Hrsg.) (1975): Familientherapie: Theorie und Praxis. 2 Bde. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Cirillo, Stefano; Berrini, Roberto; Cambiaso, Gianni; Mazza, Roberto (1996): La famiglia del tossicodipendente. Milano: Raffaello Cortina Editore [Deutsche Ausgabe 1998: Die Familie des Drogensüchtigen. Eine mehrgenerationale Perspektive. Stuttgart: Klett-Cotta]
- Fibbi, Rosita; Cattacin, Sandro (2002): L'auto e mutuo aiuto nella migrazione. Una valutazione d'iniziative di self help tra genitori italiani in Svizzera. [Selbsthilfe und gegenseitige Unterstützung in der Migration. Eine Bewertung der Selbsthilfe-Gruppen italienischer Eltern in der Schweiz] Neuenburg: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien. Mit einer deutschen Kurzfassung der Studie im Anhang (Download unter: www.migration-population.ch > Publikationen > SFM-Studien > RR 20)
- Minuchin, Salvador et al. (1967): Families of the slums. An exploration of their structure and treatment. New York: Basic Books
- Selvini Palazzoli, Mara (1988): I giochi psicotici nella famiglia. Milano: Raffaele Cortina Editore [Deutsche Ausgabe 1995: Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta]
- Sluzki, Carlos E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann Thomas; Salman, Ramazan (Hrsg): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Granovetter, Mark S. (1973): The strength of weak ties. In: American Journal of Sociology 6/1973, S. 1360–1380. Chicago: University of Chicago Press

14 Zusammenarbeit mit Migrationsgemeinschaften

- Dahinden, Janine (2002): «Um meine Batterien aufzuladen». Über die Bedeutung von Kultur in den Vereinen von Migrantinnen und Migranten. In: Terra cognita. Schweizer Zeitschrift zu Integration und Migration 1/2002 – Welche Kultur?, S. 72–77. Herunterzuladen von www.terra-cognita.ch
- Matthey, Laurent; Steiner, Béatrice (2008): Nous, moi – les autres. Les associations de migrants et la formation de l'identité. Referat an der Jahresversammlung der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen am 6.11.2008. Publiziert unter: www.ekm.admin.ch (Aktuell > Veranstaltungen)
- Website des Forums für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM Schweiz), des Dachverbands der MigrantInnenorganisationen in der Schweiz: www.fimm.ch

15 Soziale Netzwerke und ihre Funktion der sozialen Unterstützung

- Cohn, Ruth C. (2009): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. 16., durchges. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- Linehan, Marsha M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
- Moreno, Jacob L. (2001): Psychodrama und Soziometrie. Schriften zu Psychodrama, Gruppenmethode und Spontanität. 2. unveränderte Aufl. Köln: EHP Edition Humanistische Psychologie
- Röhrle, Bernd (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlags Union

16 Frauen in der Prostitution

- Chimienti, Milena (2009): Prostitution et migration. La dynamique de l'agir faible. Zürich: Seismo
- Dahinden, Janine; Stants, Fabienne (2006): Arbeits- und Lebensbedingungen von Cabaret-Tänzerinnen in der Schweiz. Neuenburg: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien

Information, Beratung und Hilfe:

- FIZ Zürich – Fraueninformationszentrum/Fachstelle zu Frauenmigration und Frauenhandel und Beratungsstelle für Frauen aus Afrika, Asien, Lateinamerika und Osteuropa. Die Website www.fiz-info.ch enthält Links zu Beratungsstellen und relevanten Organisationen.

17 KlientInnen mit Migrationshintergrund im Sozialdienst

- Die Schweizerische Stiftung des Internationalen Sozialdienstes SSI bietet Kindern und Familien Unterstützung an, die im trans-nationalen Kontext mit sozialen und rechtlichen Problemen konfrontiert sind: www.ssiss.ch

18 Rechtliche Grundlagen: Migrationsrecht – soziale Sicherheit

Gesetzestexte, Rechtsinformationen:

- Systematische Sammlung des Bundesrechts: www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html
- Eine Zusammenstellung mit Links zu relevanten nationalen Gesetzestexten (Ausländergesetz AuG, Asylgesetz AsylG, Freizügigkeitsabkommen FZA, Bürgerrecht BüG etc.) mit dazugehörigen Verordnungen und Weisungen bzw. Rechtsprechung (Leiturteile des Bundesgerichts) sowie internationale Rechtsquellen sind auf der Homepage des Bundesamtes für Migration BFM (www.bfm.admin.ch, Seite «Themen/Rechtliche Grundlagen») zu finden. Links zu gesetzlichen Grundlagen sind auch auf der Seite der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen EKM (www.ekm.admin.ch/projekte) zusammengestellt.
- Die Informationsplattform humanrights.ch (www.humanrights.ch) enthält neben ausführlichen Informationen zu Menschenrechtsfragen in der Schweiz und international auch verschiedene Verzeichnisse von einschlägigen Organisationen, Amtsstellen, Fachpersonen und Beratungsstellen (Klickfeld «Besondere Dienstleistungen» am rechten Rand)

Rechtsberatung, AnwältInnen:

- Schweizerischer Anwaltsverband (SAV): www.swisslawyers.com/ Über diese Website ist eine spezifische Anwaltssuche nach Kanton, Rechtsgebiet und Sprache möglich («Anwaltssuche» – «Suchsystem»). Die einzelnen kantonalen Anwaltsverbände bieten auch eine unentgeltliche Rechtsauskunft an (vgl. «Rechtsauskunft» – «Liste der kantonalen Rechtsauskunftsstellen»). Nicht alle AnwältInnen sind allerdings Mitglied des Verbandes.
- Demokratische Juristinnen und Juristen der Schweiz: www.djs-jds.ch/ Auch hier ist eine Anwaltssuche via «AnwältInnen» nach Kanton, Sprache und Fachgebiet möglich.
- Verzeichnisse von Rechtsberatungsstellen für Flüchtlinge/Asylsuchende und Sans-Papiers sind zu finden auf der Website der Schweizerischen Flüchtlingshilfe, www.osar.ch (Adressen/Links), oder von Humanrights.ch, www.humanrights.ch (Klickfeld «Besondere Dienstleistungen» am rechten Rand)

Literatur:

- Kieser, Ueli (2009): ATSG-Kommentar. 2. Auflage. Zürich: Schulthess Juristische Medien
- Maurer, Alfred; Scartazzini, Gustavo; Hürzeler, Marc (2009): Bundessozialversicherungsrecht. 3. Auflage. Basel: Helbing Lichtenhahn
- Spescha, Marc; Thür, Hanspeter; Zünd, Andreas; Bolzli, Peter (2008): Migrationsrecht. Zürich: Orell Füssli
- Uebersax, Peter; Rudin, Beat; Hugi Yar, Thomas; Geiser, Thomas (Hrsg.) (2009): Ausländerrecht – Eine umfassende Darstellung der Rechtsstellung von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz – Von A(syl) bis Z(ivilrecht). Handbuch für die Anwaltspraxis Bd. VIII. 2. Auflage. Basel: Helbing Lichtenhahn

- Widmer, Dieter (2008): Sozialversicherungsrecht transparent. Zürich: Schulthess Juristische Medien

19 Institutionelle Verankerung und Qualitätssicherung

- Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2006): Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich. Bern: BAG
- Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2006): Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen und Beispiele zum QuaTheDA-Referenzsystem. Bern: BAG
- Saladin, Peter (Hrsg.) (2008): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG/H+ Die Spitäler der Schweiz