



Evangelische Hochschule
Darmstadt

University of Applied Sciences
eh-darmstadt.de

Holger Kirsch und Hannah Jost

Aspekte interkultureller Öffnung in der psychosozialen Versorgung

Impressum

Evangelische Hochschule Darmstadt
University of Applied Sciences
Zweifalltorweg 12
64293 Darmstadt

Telefon: +49 (0)6151 8798-0

E-Mail: forschung@eh-darmstadt.de
Internet: www.eh-darmstadt.de/forschung

Redaktion: Verena Kümmel

ISSN 2193-6501

Inhalt

1.	Einleitung	1
2.	Migration und Gesundheit.....	2
3.	Aspekte interkultureller Kompetenz der Professionellen	7
4.	Aspekte interkultureller Öffnung in der psychosozialen Versorgung.....	10
4.1	Entwicklungen der Migrationspolitik hin zur interkulturellen Öffnung.....	10
4.2	Psychosoziale Versorgung.....	12
4.3	Barrieren	17
4.3.1	Rechtliche Grundlagen der Zuwanderung	17
4.3.2	Inanspruchnahme	18
4.3.3	Orientierung der Versorgungsangebote an der Mehrheitsgesellschaft.....	20
4.3.4	Subjektive und kulturelle Krankheitsmodelle.....	21
4.4	Die Bedeutung des Geschlechts.....	24
4.5	Konzepte interkultureller Öffnung	26
4.6	Diversity Management und interkulturelle Öffnung	32
4.7	Stand der Umsetzung interkultureller Öffnung.....	35
5.	Fazit und Ausblick	39
	Literatur.....	43
	Abstract.....	48
	Autor und Autorin	49

1. EINLEITUNG

Der Begriff Migration ist ein Sammelbegriff, der viele Unterschiede einbezieht. Migranten und Migrantinnen unterscheiden sich beispielsweise durch ihr Herkunftsland, Geschlecht, Ethnie, Religion, Bildungsgrad, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer, die Generationenfolge (selbst migriert, erste und zweite Folgegeneration), die Migrationsgründe (freiwillig migriert, geflüchtet, zwangsweise migriert) sowie den Grad der strukturellen und der kulturellen Integration. Gleichwohl ist Migration für alle verbunden mit besonderen Herausforderungen und Stressoren, sowie mit Veränderungen gesundheitlicher Risiken. Nur durch eine Reflexion des sozialen Kontextes können die komplexen Wechselwirkungen zwischen individuellem psychischem Leid und den durch die Migration sich ergebenden soziokulturellen Anpassungsvorgängen erfasst werden. Einige der psychosozialen Einflussfaktoren auf die seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund sollen im Folgenden dargestellt werden.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, theoretische Grundlagen und verschiedene Perspektiven für das Thema „interkulturelle Öffnung in der psychosozialen Versorgung“ zu erarbeiten. Um die psychosoziale Gesundheit der Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern, bedarf es einer Öffnung der gesundheitlichen Versorgungsangebote im Einwanderungsland. Für eine interkulturelle Öffnung, die das Ziel der gleichberechtigten Teilhabe von MigrantInnen an der Versorgung verfolgt, existieren bereits Konzepte auf regionaler Ebene (z. B. Caritas 2006; Amt für multikulturelle Angelegenheiten Frankfurt 2015; Gesundheitsamt Frankfurt; Sorg und Szoldatits 2009) und politische Willenserklärungen auf Landes- und auf Bundesebene. Allerdings ist wenig darüber bekannt, inwieweit psychosoziale Einrichtungen bereits interkulturell geöffnet sind¹.

Interkulturelle Öffnung stellt das Vielfaltsmerkmal *ethnische Herkunft* in den Mittelpunkt. Hierfür sollen Haltungen und konkrete Handlungsstrategien für die Umsetzung einer interkulturellen Öffnung der psychosozialen Versorgung erarbeitet werden. Dazu zählen unter anderem die Verankerung eines interkulturellen Leitbildes in den Konzeptionen der Institutionen, die Bildung multikultureller Behandlungsteams, Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vernetzung der Dienste der Regelversorgung mit Migrations- oder sonstigen Fachdiensten.

¹ Erdem stellte fest, dass z. B. „bei den Angeboten der Jugendhilfe insgesamt noch keine flächendeckende Umsetzung der Interkulturellen Öffnung“ erfolgte (Erdem 2011, S. 74).

2. MIGRATION UND GESUNDHEIT

Migration kann als Prozess über mehrere Generationen verstanden werden. Als Phasen mit jeweils eigener Dynamik gelten: die Vorbereitungsphase, der Migrationsakt, die Zeit nach der Ankunft im Zielland, daran anschließend eine Phase der Ernüchterung oder kritischen Anpassung und schließlich eine Phase der generationsübergreifenden Anpassung, einschließlich der Trauer um den Verlust der Heimatkultur und der vertrauten kulturellen Einbettung (vgl. Köhler-Offierski 2006, Sluzki 2001). Im Zielland stehen die MigrantInnen vor der Herausforderung, eine neue Realität zu gestalten und sich an die neue Umwelt anzupassen. Die „kritische Anpassung“ erfordert eine Übernahme von Elementen aus der Kultur des Aufnahmelandes und stellt die alte Identität in Frage (Köhler-Offierski 2006, S. 68). Diese Einteilung verdeutlicht, wie Migration mit Aufgaben der Identitätstransformation und Bewältigung verbunden ist. Akkulturationsmodelle gehen davon aus, dass die Migrationserfahrung und die damit verbundenen Veränderungen als Stressoren auf die Gesundheit einwirken (Akkulturationsstress) und dies häufiger zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führt.

Belastende Einflussfaktoren können sowohl die Ausgangssituation und die Beweggründe für die Migration sein (Diskriminierung, Verfolgung, existentielle Armut im Herkunftsland), ebenso die Migration selbst (Trennung, Fremdheitserfahrungen, Trauma) oder die Aufnahmebedingungen im Gastland (unsicherer Aufenthaltsstatus, Diskriminierungserfahrungen, kulturelle Differenzen, u.a.m.). Diesen Einflussfaktoren gemeinsam ist die Annahme starker psychosozialer (manchmal sogar traumatischer) Stressoren, deren Bewältigung hohe Anforderungen an das Individuum und die Gemeinschaft stellen (vgl. Kirsch 2016).

Entgegen früherer Überlegungen, dass bereits der Migrationsakt selbst ein hohes Risiko für eine psychische Erkrankung berge, wird diese Annahme heute kontrovers diskutiert und eine differenziertere Sichtweise gefordert (Steinhäuser, Schödwell, Auckenthaler 2016, S. 23). Migration wird hier verstanden als gravierendes Lebensereignis mit komplexen Auswirkungen. Ob es zu einer Dekompensation, oder einer Überforderung der Bewältigungsmöglichkeiten kommt, hänge dabei wesentlich von weiteren Einflussfaktoren ab.

Im weiteren Verlauf kann zwischen einer strukturellen und kulturellen Integration unterschieden werden. Migrantinnen und Migranten werden unvermeidlich in die hierarchische Struktur des Immigrationslandes eingegliedert, indem sie eine bestimmte Berufsposition einnehmen oder von Arbeitslosigkeit oder Armut betroffen sind. Eine kulturelle Assimilation, die für das gesundheitliche Verhalten ebenso relevant ist wie die objektive soziale Lage, verändert sich jedoch viel langsamer. Sind

MigrantInnen nach der Migration einer bestimmten Position im gesamtgesellschaftlichen sozialen Gefüge ausgesetzt, auf die sie selbst kaum Einfluss haben, so sind kulturelle Eigenschaften inkorporiert und habitualisiert und können durch objektive Veränderungen und auch durch den eigenen Willen nicht ohne weiteres verändert werden (vgl. Sahrai 2009).

Der Integrationsdiskurs in Deutschland erscheint im Licht der Untersuchungsbefunde der Sinusstudien stark auf eine Defizitperspektive verengt (Sinus Sociovision 2008). Die acht Migrantenmilieus² der Sinusstudien unterscheiden sich durch ihre soziale Lage und ihre Grundorientierung, sowie durch Wertorientierungen und soziokulturelle Identität. Das Spektrum der Grundorientierungen bei den Migranten sei breiter, d.h. heterogener als bei den Bürgern ohne Zuwanderungsgeschichte (Wippermann & Flaig 2009). So lassen sich in der Migrantenpopulation sowohl traditionellere als auch soziokulturell modernere Formationen beschreiben als in der deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen Gruppe geht analog zu der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Milieu einher mit bestimmten gemeinsamen Sozialisationsbedingungen, also einem gemeinsamen Habitus der auch das Gesundheitsverhalten prägt.

Etwa ein Viertel der befragten Menschen mit Migrationshintergrund fühlt sich isoliert und ausgegrenzt – insbesondere Angehörige der unterschichtigen Milieus. Integrationsprobleme finden sich am ehesten in diesen unterschichtigen Milieus, nicht anders als in der autochthonen deutschen Bevölkerung. Diese Gruppe gilt in der Öffentlichkeit als Träger von Problemen und Defiziten. Sie hat einen schlechteren gesundheitlichen Zustand und gilt als schwer erreichbar für Präventionsprogramme (vgl. Sahrai 2009). Die meisten Migranten verstehen sich jedoch als Angehörige einer multiethnischen deutschen Gesellschaft und wollen sich aktiv einfügen – ohne ihre kulturellen Wurzeln zu vergessen. Mehr als die Hälfte der Befragten geben einen uneingeschränkten Integrationswillen an. Vor diesem Hintergrund beklagen viele – quer durch die Migrantenmilieus – die mangelnde Integrationsbereitschaft der Mehrheitsgesellschaft und das geringe Interesse an den Eingewanderten (vgl. Sinus Sociovision 2008).

² Die fünf größten Gruppen der in Deutschland lebenden Zuwanderer (Ausländer und Eingebürgerte) kommen (2008) aus der ehemaligen Sowjetunion (21 %), Türkei (19 %), Südeuropa (Italien, Spanien, Portugal, Griechenland, 12 %), Polen (11 %) und Ex-Jugoslawien (10 %) (Sinus Sociovision 2008).

Die Migranten-Milieus in Deutschland 2007

Soziale Lage und Grundorientierung

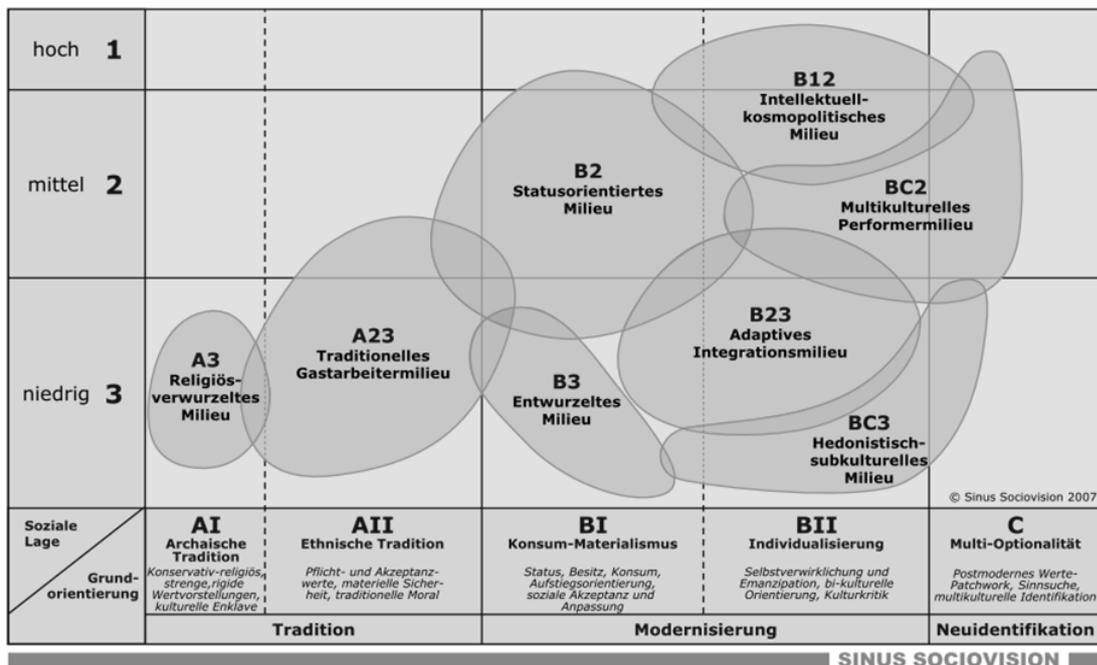


Abbildung 1: Migranten-Milieus in Deutschland 2007 (aus Wippermann et al. 2007, S. 19).

Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit haben in den vergangenen Jahren insgesamt zugenommen (vgl. Siegrist & Marmot 2008; Hurrelmann, Bauer, Bittlingmayer 2009). Ein sozialer Gradient von Morbidität und Mortalität zieht sich dabei durch die gesamte Gesellschaft. Mit jedem Schritt nach oben auf der gesellschaftlichen Leiter verbessern sich die Chancen auf eine gute Gesundheit (und umgekehrt). Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischem Status haben in Deutschland eine geringere Lebenserwartung – zwischen acht (Frauen) und elf Jahren (Männer) (vgl. RKI 2015). Dabei wird davon ausgegangen, dass wirtschaftliche Rahmenbedingungen Muster sozialer Ausgrenzung erzeugen (z. B. Teilhabe an Erwerbstätigkeit, soziale Bindungen). Dies bedeutet, dass Gesundheit nur teilweise individuell gestaltet werden kann, weil die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen den individuellen Gestaltungsspielraum deutlich begrenzen (vgl. Kolip 2009).

Die Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit war bislang eher deskriptiv und wenig theoriegeleitet. In den letzten Jahren jedoch findet eine stärkere Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Theorien und eine stärkere Fokussierung auf Stress-Vulnerabilitätsmodelle statt (vgl. Hahn 2010, Hurrelmann et al 2009, Kolip 2009, Mackenbach 2008). Damit einhergehend veränderte sich die Perspektive von

einem Individuum nahen Ansatz (Verhaltensprävention) zu strukturellen Ansätzen: „Health in all Policies“³ (vgl. Siegrist & Marmot 2008).

Über den Zusammenhang von Migration und erhöhten Gesundheitsrisiken existieren viele empirische Belege, jedoch ist der Zusammenhang von Schichtzugehörigkeit und Gesundheit bei Migranten unschärfer als bei der autochthonen Bevölkerung, da neben sozialer Ungleichheit zusätzliche Faktoren wirksam sind (vgl. Sahrai 2009). Zum Beispiel weisen einige Befunde auf eine anfängliche und vorübergehende Verbesserung des Gesundheitszustandes der Einwanderergeneration hin (*Healthy Migrant Effect*). Dabei wird angenommen, dass besonders gesunde Menschen eine Migration wagen und durch die Migration in ein Land mit besserer medizinischer Versorgung die Sterblichkeit durch Infektionen sinkt (z. B. die Mütter- und Kindersterblichkeit). Neue Gesundheitsrisiken durch einen niedrigen Sozialstatus oder durch Zivilisationskrankheiten entwickeln sich über einen längeren Zeitraum und bilden sich in der Einwanderergeneration noch nicht ab. Der *Healthy Migrant Effect* gilt als vorübergehend, da der Effekt in der zweiten Generation nicht mehr nachweisbar ist. Während also in der ersten Generation die sozial benachteiligte Lage noch keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Mortalität ausübt, wirkt sich für die zweite und weitere Generationen von Einwanderern ihre sozial benachteiligte Lage auf die Mortalität aus, indem der in der ersten Generation bestehende Mortalitätsvorteil im Laufe der Zeit schwindet und die Effekte sozialer Benachteiligung in den Vordergrund treten (ebd.).

Psychosoziale Einflussfaktoren des Stress-Vulnerabilitätsmodells entlang der Lebenslaufperspektive (vgl. Siegrist & Marmot 2008) suchen nach Moderatoren, die zwischen dem sozialen Status und Gesundheitsrisiken vermitteln. Neben Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen⁴, die in der frühen Kindheit erworben werden und Stressbewältigung anzeigen, sind soziale Integration und Geschlecht weitere wichtige Moderatorvariablen im Zusammenhang von Migration, sozialem Status und psychosozialer Gesundheit.

Die Erfahrung von früher sozialer Benachteiligung unterminiert eine erfolgreiche Verhaltensanpassung und bestimmt indirekt auch zukünftige Anpassungsleistungen, denn Anpassung wird durch die jeweiligen Ressourcen bestimmt, die das Individuum in

³ Der „Health in All Policies“-Ansatz beschreibt das Ziel, das Thema Gesundheit in alle Politikfelder hineinzutragen, um Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung zu fördern. Diese Strategie baut auf dem Wissen auf, dass sich die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung außerhalb des Gesundheitssystems befinden, wie etwa im Bereich der Sozial-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Integrations- oder Bildungspolitik und eine Veränderung im Gesundheitssystem alleine nicht ausreicht.

⁴ Internale und externale Kontrollüberzeugungen unterscheiden sich darin, ob z. B. Erfolg als abhängig vom eigenen Verhalten oder von nicht zu beeinflussenden externen Faktoren gesehen wird, z. B. Glück, Zufall.

die neue Situation hineinbringt (vgl. Schoon 2002) ⁵. Die Ausbildung von Kontrollüberzeugungen folgt dem gleichen Gradienten wie die Gesundheit, schwache Kontrollüberzeugungen gehen mit hohen Gesundheitsrisiken einher und sind eine gravierende Folgeerscheinung eines niedrigen Sozialstatus (vgl. Marmot 2004), sie sind als kritische Komponenten einer hohen Stressbelastung zu betrachten. „Es sind Umfeldler mit kontrollbegrenzenden Hindernissen oder Wertvorstellungen in denen Kontrollüberzeugungen ihre Wurzeln haben, in denen sie geformt, verfestigt werden. Daher müssen sich Interventionen stets beiden Seiten zuwenden, dem Umfeld und dem Individuum“ (Bosma 2008, S. 208). Bewältigungsstrategien spiegeln also Lernprozesse wider, die sich in Kindheit und Jugend vollzogen haben und ihrerseits spätere Lernprozesse beeinflussen.

Soziale Netzwerke haben positive Auswirkungen auf die Gesundheit und beeinflussen die Sterblichkeit. Anhand von Ergebnissen der *GAZEL-Studie* in Frankreich und der *Alameda County Studie* (USA) konnte gezeigt werden, welche Auswirkungen soziale Unterstützung und soziale Netzwerke auf Gesundheit haben und wie sie die Sterblichkeit beeinflussen. Je zahlreicher die sozialen Bindungen, desto geringer war das frühzeitige Sterberisiko (selbst wenn Tabak-, Alkoholkonsum und Übergewicht statistisch kontrolliert werden). Frauen in sozialer Isolation haben ein 3,6-fach (Männer 2,7-fach) erhöhtes Risiko früher Sterblichkeit (vgl. Berkman & Melchior 2008). In der finnischen *Kuopio-Studie* erklärten psychosoziale Faktoren (z. B. Depression, Familienstand, Qualität des sozialen Rückhalts) ebenfalls den Zusammenhang zwischen Einkommen und Sterblichkeit in etwa gleichem Umfang wie das Gesundheitsverhalten selbst (vgl. Kristenson 2008). Armut geht meist mit einer geringeren sozialen Unterstützung einher⁶. Soziale Isolation ist in Frankreich und südeuropäischen Ländern deutlich seltener als in Nordeuropa (vgl. Berkman & Melchior 2008).

Migration stellt also ein kritisches Lebensereignis dar, das die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösestrategien überfordern kann. Diese sind durch Vorerfahrungen im Herkunftsland geprägt (dabei kommt z. B. einer geschlechtsspezifischen Sozialisation besondere Bedeutung zu). Hinzu kommen Gefühle der Angst, Unsicherheit und Ungewissheit sowie die soziale Entwurzelung, möglicherweise die Trennung der Familie, materielle Unsicherheit und die Entfernung von vertrauten Werten. Der Akkulturationsprozess im

⁵ Der Einfluss eines niedrigen Sozialstatus während der Kindheit auf die selbsteingeschätzte schlechte Gesundheit im Erwachsenenalter wird zu 30-50 % auf schwache (externe, fatalistische) Kontrollüberzeugungen zurückgeführt (Bosma 2008), dies ist weitgehend unabhängig von gesundheitsschädlichem Verhalten und gilt als stress-assoziiert.

⁶ Ausführlicher in: Armut und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/sonstige/reAwH2wxwRHfM/PDF>.

Einwanderungsland geht einher mit Unsicherheiten hinsichtlich der Lebensbedingungen, Wohnverhältnisse, Stigmatisierung sowie mit sozialer Isolation (vgl. Spallek & Zeeb 2010, S. 62).

Durch die Individualisierung von gesellschaftlichen Formationen und Strukturen sind die Anforderungen an das Individuum gewachsen, für sich selbst zu sorgen, eine Art Selbstmanagement zu betreiben. Ob man in der Lage ist sich selbst zu managen hängt jedoch von der sozialen Herkunft ab, vom Bildungsgrad, von der kulturellen Einbettung und der Familie (Hurrelmann et al 2009). Hurrelmann interessiert sich dabei besonders für die *Selbstkompetenzen* im Umgang mit stressvollen Situationen, sie gelten als wichtige Mediatoren zwischen Armut, Bildung, Integrationsgrad und gesundheitlichen Risiken.

Als Schlussfolgerung fordert er einerseits sozialpolitische Interventionen um die Menschen im Migrationsprozess von Stress zu entlasten und stellt andererseits eine individuelle Kompetenzförderung („Skill“) in den Mittelpunkt. Mit rein gesundheitsbezogenen Interventionsstrategien kann man kaum gegen gesundheitliche Ungleichheit ankommen. Die Leistungen des Gesundheitssystems kommen den Menschen unterschiedlich zu Gute und verstärken eher schon bestehende Ungleichheiten. Hurrelmann sieht darin Ähnlichkeiten zum Bildungssystem, beide sind geprägt von Zukunftserwartungen und der Einschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten (ebd.). Da gesundheitsrelevantes Verhalten in kulturelle Kontexte eingebettet ist, gelten die Mittelschichtmodelle von Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen oder Menschen mit Migrationshintergrund als weniger Erfolg versprechend (Kolip 2009). Daher kommt der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit eine wichtige Bedeutung zu. Unter der Perspektive der Stress-Vulnerabilitätsmodelle erscheint es dringlich einerseits durch Unterstützungsangebote die Stressbelastung von MigrantInnen zu verringern und andererseits deren Stressbewältigungskompetenz zu fördern.

3. ASPEKTE INTERKULTURELLER KOMPETENZ DER PROFESSIONELLEN

Soziale Arbeit ist nicht nur mit den sozialen Problemen ihrer Klienten befasst, sondern auch mit den damit verbundenen gesundheitlichen Problemen. Damit kommt der Sozialarbeit in Einrichtungen außerhalb des Gesundheitswesens eine wichtige gesundheitsbezogene und präventive Rolle zu. Gesundheitsbezogene Sozialarbeit findet (potentiell) in allen Sozialen Diensten statt, also z. B. in Kindertagesstätten, Jugendzentren, Beratungsstellen, Frauenhäusern, Stadtteiltreffs, Sozialpädagogischer Familienhilfe (Vgl. Waller 2006). Straßburger verbindet die Konzepte

Sozialraumorientierung und interkulturelle Öffnung und kommt zu der Schlussfolgerung: „Praxisbeispiele erfolgreicher Arbeit mit Migrantenfamilien zeigen, dass präventive unterstützende interkulturelle Arbeit gerade dann gelingt, wenn ein konsequent sozialraumorientierter Ansatz praktiziert wird“ (Straßburger 2009, S. 229).

Der Sozialen Arbeit kommt im psychosozialen Versorgungssystem eine Schlüsselstellung zu, beratend-behandelnde Aufgaben, Aufklärung, Vermittlung und Weichenstellung verfolgen das Ziel, „notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen“ (Pauls 2013, S. 17). Hierfür ist die Einbeziehung von Betroffenen, ihren Bezugspersonen und ihrem sozialen Netzwerk von großer Bedeutung (vgl. ebd.).

Soziale Arbeit orientiert sich meist an dem Konzept der Lebensweltorientierung, das von Hans Thiersch geprägt ist. Nach Thiersch nimmt die Lebensweltorientierung den Alltag und die alltägliche Wirklichkeitserfahrung⁷ der AdressatInnen in den Blick, wobei ein kritischer Alltagsbegriff zugrunde gelegt wird (vgl. Grunwald und Thiersch 2008, S. 21). Ziel ist es, die Ressourcen im Alltag zu sehen, hin zu einem „gelingenderen Alltag“ (ebd., S. 18). Im Fokus der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit stehen die Bewältigungsmöglichkeiten der Alltagserfahrungen der AdressatInnen sowie die Entdeckung und Förderung von Ressourcen (Thiersch 2002, S. 204).

Eine kritische Betrachtung der Umsetzung des Konzepts der Lebensweltorientierung zeigt, dass die Alltagserfahrungen der AdressatInnen und die professionellen Angebote nicht „bruchlos ineinander“ aufgehen (ebd., S. 14). Zum einen wird der Ausbau institutioneller Unterstützungsangebote gefordert, damit ausreichend Ressourcen, Raum und Zeit betreffend, zur Verfügung stehen, um den AdressatInnen und ihren Konflikten adäquat begegnen zu können. Zum anderen müsse den Institutionen bewusst sein, dass sie aufgrund ihrer standardisierten Methoden eine Tendenz zur „systemischen Schließung“ haben (Thiersch und Böhnisch 2014, S. 27). Sie stehen im strukturellen Widerspruch zur Lebensweltlichkeit von Erfahrungen, da die Erfahrung der Lebenswelt individuell ist, die institutionellen und professionellen Hilfsmaßnahmen jedoch vorgegeben sind. Daher müsse die Institution bereit sein, ihre Strukturen aufzubrechen und sich den individuellen Lebenswirklichkeiten der AdressatInnen anzunehmen. Andererseits erfordert dies von den AdressatInnen, die institutionellen und professionellen Methoden anzunehmen. Diese Offenheit von beiden Seiten ist für Thiersch und Böhnisch selten gegeben, was

⁷ Auszugehen ist von der erfahrenen, subjektiv gedeuteten Welt, die für den Menschen wichtig ist, so wie er sich in ihr praktiziert und wie er sie gebrauchen kann (vgl. Thiersch und Böhnisch 2014, S. 21).

die Umsetzung des Konzepts der Lebensweltorientierung weiterhin als Konfliktparadigma dastehen lässt (vgl. ebd., S. 26).

Um einen Zugang zu den AdressatInnen zu bekommen, ist eine professionelle Grundhaltung erforderlich, die sich forschend der Weltdeutung des Gegenüber nähert (vgl. Friebertshäuser 2000, S. 39). Dies stellt die sozialpädagogischen Fachkräfte vor die Herausforderung, die unterschiedlichen Lebensentwürfe der AdressatInnen und deren Autonomie der Lebenspraxis zu respektieren und sich gegebenenfalls mühevoll damit auseinanderzusetzen (vgl. Galuske 2007, S. 147). Fachkräfte haben immer wieder mit Differenzen zu tun, mit denen sie arbeiten und die sie für den Erfolg von Hilfeprozessen fruchtbar machen müssen (vgl. Kleve 2002, S. 462). Dies fordert eine Grundhaltung der Differenzakzeptanz und geht über die kulturelle Perspektive hinaus.

Dem Gesetz- und Verordnungsblatt Berlin folgend, das sich in § 4 Abs. 3 des Partizipations- und Integrationsgesetzes Berlin auf die interkulturelle Kompetenz bezieht, ist diese „eine auf Kenntnisse über kulturell geprägte Regeln, Normen, Werthaltungen und Symbole beruhende Form der fachlichen und sozialen Kompetenz“ (Senatsverwaltung für Justiz 2010, S. 560). Hier wird deutlich, dass die interkulturelle Kompetenz eine Kompetenzerweiterung darstellt.

Viele Definitionen von interkultureller Kompetenz gehen von der kulturellen Vielfalt als Ausgangslage aus. Kulturelle Vielfalt kann sich ebenso in anderen heterogenen Gruppen zeigen, wie beispielsweise in Subkultur-, Jugendszenen, oder innerhalb der sozialen Klassen und Milieus⁸. Interkulturelle Kompetenz und interkulturell orientierte Soziale Arbeit wird also immer da nötig sein, wo es zu kulturellen Überschneidungen kommt. Dies kann mit dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher sozialer Milieus im professionellen Alltag oder bei der Arbeit mit MigrantInnen erfolgen (vgl. Handschuck und Klawe 2006, S. 45). Aktuell bezieht sich die Forderung nach interkultureller Kompetenz stärker auf den Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund. Veronika Fischer schlägt vor, „interkulturelle Kompetenz im Sinne eines reflektierten Umgangs mit kulturellen Einbettungen individuellen Handelns als Teilbereich einer Sozialen Arbeit mit Migrationskontext zu behandeln“ (Fischer 2011, S. 347). Hilfreich hierfür sei das Aneignen von *Wissen*, das Hinweise darauf geben kann, vor welchem Hintergrund Beiträge des/der AdressatIn zu interpretieren sind oder welche Aspekte der Lebenswelt noch relevant sein können (vgl. Handschuck und Klawe 2006, S. 45).

Für die Soziale Arbeit in einer pluralisierten Gesellschaft ist ebenso ein *Bewusstsein über Desintegrationsprozesse* von Bedeutung, also jene Prozesse, die

⁸ Eine Zugehörigkeit zu verschiedenen „Sinus-Milieus“, wird von dem Sinus-Institut regelmäßig auch für die deutsche Gesamtbevölkerung ermittelt.

der Integration entgegen wirken (vgl. Fischer 2005, S. 37). Ebenso hilfreich sind hier *Kenntnisse über die Heterogenität von kulturellen Gruppen* und über *soziale und ökonomische Aspekte der Lebenslage der AdressatInnen* in der deutschen Gesellschaft und in einer Gesellschaft des Wandels⁹ (vgl. Handschuck und Klawe 2006, S. 44). Zudem ist politische Bildung von großer Bedeutung. Es ist wichtig, über aktuelle politische Geschehnisse informiert zu sein sowie über Ursachen von Migration.

Interkulturelle Kompetenz gilt als *Schlüsselkompetenz* (vgl. Handschuck und Klawe 2006, S. 34), die für die Beziehung zwischen (deutschen) Fachkräften und MigrantInnen unerlässlich erscheint. Im Zuge der Migration und Globalisierung gewinnt die interkulturelle Kompetenz immer mehr an Bedeutung. Cheung (2009) fordert eine Selbstreflexion der Professionellen insbesondere im Hinblick auf eigene Normen und Werte, die meist westlichen Mittelklasse-Idealen entsprechen (z. B. Individualität, Autonomie und Selbstbestimmung) und in Konflikt stehen mit Kollektivismus und Gruppenverantwortung als Werte vieler Minderheiten. Professionelle sollten sich ihrer eigenen Rassenstereotypen und kulturellen Werte bewusst sein, die im Konflikt stehen mit denen der Minderheitsgruppierungen. Man muss sich Wissen aneignen um die Dilemmata der MigrantInnen aus ihrer kulturellen Perspektive heraus zu verstehen, sich für deren ökonomische und psychosoziale Umgebung interessieren, einschließlich ihrer Sichtweise auf psychische Gesundheit, ihrer Erwartungen an die Rolle der Sozialarbeiter/in oder TherapeutIn, ihrer Rolle als KlientIn, sowie ihrer Erwartungen an an die Therapie/Beratung und an das Ergebnis.

4. ASPEKTE INTERKULTURELLER ÖFFNUNG IN DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG

4.1 ENTWICKLUNGEN DER MIGRATIONSPOLITIK HIN ZUR INTERKULTURELLEN ÖFFNUNG

Das Thema *interkulturelle Öffnung* wurde in Deutschland bereits zu Beginn der 1980er Jahre mit der einsetzenden kritischen Reflexion der Ausländerpädagogik und Ausländersozialarbeit bedeutsam. Bereits seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs sind Migration und Integration der MigrantInnen ein präsent Thema für Deutschland. Die Zeitspanne zwischen 1955 und 1990 gliedert das Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in sechs Phasen der Migrationspolitik.

Die *erste Phase* begann nach der Bewältigung der Flüchtlingsströme infolge des Zweiten Weltkrieges und war geprägt durch die Anwerbepolitik der

⁹ Wichtige Aspekte sind hier unter anderem Milieu, Armuts- und Einkommensverteilung und Bildungschancen.

ArbeitsmigrantInnen. Es handelte sich hierbei um eine befristete Zuwanderung, die den Arbeitskräftemangel ausgleichen sollte (vgl. Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000, S. 37).

Die *zweite Phase* der Migrationspolitik (1973-1979) war geprägt durch den Anwerbestopp und den Zuzug der Familienangehörigen der ArbeitsmigrantInnen. Denn seit dem Inkrafttreten des Ausländergesetzes im Jahr 1965 konnten Familienangehörige Aufenthaltsgenehmigungen beantragen (ebd. S. 38).

Da zu dieser Zeit erstmals Kinder der „zweiten Generation“ in Deutschland zur Welt kamen, die mit ausländischem Pass aufwuchsen, wurde in der *dritten Phase* (1979-1980) eine verstärkte Integrationsförderung, vor allem im schulischen Bereich, diskutiert. Zudem wurde die Anerkennung der faktischen Einwanderungssituation gefordert. In den Vordergrund rückte nun die Integration und nicht mehr die Sichtweise, dass Migration ausschließlich der Stärkung des Arbeitsmarktes dient (ebd., S. 39)

Die *vierte Phase* der Migrationspolitik (1981-1990) war bestimmt von Integrationskonzepten auf der einen Seite und Begrenzungs- und Abwehrmaßnahmen auf der anderen Seite. Hinzu kamen vermehrt asylsuchende Flüchtlinge und AussiedlerInnen aus Osteuropa. Mangelnde Transparenz und Irritationen über die Entwicklung der Probleme von Zuwanderung, Eingliederung und Minderheiten führten zu Abwehrhaltungen der Bevölkerung.

Die *fünfte Phase*, die mit dem Inkrafttreten des neuen Ausländerrechts am 1. Januar 1991 begann, war geprägt durch starke Zuwanderungen seit Ende der 1980er und durch die komplexe Einwanderungssituation seit der deutschen Wiedervereinigung (ebd., S. 39–42).

In der *sechsten Phase* der Migrationspolitik wurde das Staatsbürgerrecht (Abstammungsgesetz) durch ein neues Staatsangehörigkeitsgesetz abgelöst¹⁰ (ebd., S. 46). Mit dem Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes am 1. Januar 2005 bekannte sich Deutschland schließlich als Einwanderungsland. Schwerpunkte dieser Reform waren unter anderem eine umfassende Integrationsförderung mit Sprach- bzw. Integrationskursen sowie eine erleichterte Niederlassung hochqualifizierter ZuwanderInnen. Die Umgestaltung des früheren „Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge“ zu dem heutigen „Bundesamt für Migration und Flüchtlinge“ macht die Integration der MigrantInnen und Flüchtlinge als festen Bestandteil der deutschen Politik und Gesellschaft deutlich (vgl. Butterwegge 2011, S. 26).

¹⁰ „Bis 2000 galt in Deutschland ausschließlich das Abstammungsprinzip. Ein Kind wurde mit Geburt deutsch, wenn mindestens ein Elternteil deutsch war. Seit dem 1. Januar 2000 erwerben unter bestimmten Voraussetzungen auch Kinder, die nicht deutscher Abstammung sind die deutsche Staatsangehörigkeit mit Geburt“ (<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/IB/das-staatsbuergerschaftsrecht.html>) Abruf am 17.03.2016.

Die Diskussion um interkulturelle Öffnung wurde angestoßen im Rahmen der kritischen Reflexion der in den 1980er Jahren präsenten „Ausländersozialarbeit“ und „Ausländerpädagogik“. Seitdem ein verstärkter Familiennachzug der zuvor Angeworbenen im Jahr 1973 stattfand, kamen neue Aufgaben auf die Ausländersozialdienste zu. Sie wurden ursprünglich für ArbeitsmigrantInnen eingerichtet und standen nun neuen Bevölkerungsgruppen gegenüber, wie u. a. unterprivilegierten Frauen und kriminellen Jugendlichen. Die Ausländersozialdienste konnten der zunehmenden Pluralität der neuen und unterschiedlichen Lebensformen nicht mehr gerecht werden (vgl. Behrens 2011, S. 58). Die Fachkräfte Sozialer Arbeit mussten nun die KlientInnen aus einer konfliktorientierten Perspektive heraus betrachten und diese unterstützen und vorbereiten: entweder auf den Verbleib in Deutschland oder auf die Rückkehr in ihr Heimatland (vgl. Yildiz 2011, S. 36). Es zeigte sich, dass die einheitlichen praktischen Handlungsmuster, die in der „Ausländersozialarbeit“ bis dato praktiziert wurden, nicht mehr ausreichten, was die Soziale Arbeit in eine Krise brachte (vgl. Hamburger 1999, S. 36). Es wurde ein humanistischer Perspektivenwechsel gefordert: weg vom Defizitblick, hin zur Ressourcenorientierung. Dabei wurde der defizitorientierte Ansatz der „Ausländerpädagogik“ kritisiert, da sie, im Gegensatz zur interkulturellen Pädagogik, die MigrantInnen als Fremde betrachtet, die an das Aufnahmeland angepasst werden müssen, damit die „bäuerlich-rückständige Migrationskultur“ zu „einer städtischen deutschen Leitkultur“ passt (Yildiz 2011, S. 38).

Der neue, ressourcenorientierte Ansatz der interkulturellen Pädagogik geht dagegen von einem dynamischen Kultur- und Identitätsbegriff aus. Die MigrantInnen sollen als Personen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen anerkannt und integriert werden (vgl. ebd.). Dieses Verständnis liegt der interkulturellen Öffnung zugrunde. Hier wird also eine fortschreitende Entwicklung deutlich, die sich bereits durch das letzte Jahrhundert zog und auch heute noch nicht abgeschlossen ist¹¹.

4.2 PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf psychosoziale Versorgungsangebote von MigrantInnen. Diese haben aufgrund von Barrieren häufig einen schlechteren Zugang zu den Versorgungsangeboten, als die deutsche Allgemeinbevölkerung (vgl.

¹¹ Im Mai 2016 wurde das neue Integrationsgesetz beschlossen, mit dem Ziel, „die Integration der zu uns gekommenen Menschen in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt durch staatliche Maßnahmen zu fördern und zugleich von Ihnen Eigenbemühungen einzufordern“ (Bundesregierung 2016).

van Treeck et al. 2008, S. 176). Die vielfältigen Versorgungsangebote differenzieren sich wie folgt (ebd., S. 177):

- Stationär: Psychiatrische Klinik, stationäre (medizinische) Rehabilitation, stationäre Suchtbehandlung
- Teilstationär: Tageskliniken, Sozialpsychiatrische Zentren,
- Ambulant: Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Institutsambulanzen ¹², Selbsthilfegruppen, Betreutes Wohnen, ambulante Psychotherapie

Außerdem muss unterschieden werden zwischen Versorgungsangeboten innerhalb des Gesundheitssystems und (Beratungs-)Angeboten außerhalb des Gesundheitssystems, z. B. durch Gemeinden, freie Wohlfahrtsverbände. In den meisten psychosozialen Versorgungseinrichtungen arbeiten multiprofessionelle Teams miteinander. Sie befassen sich mit unterschiedlichen psychosozialen Aspekten von Gesundheit und Krankheit (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit 2007, S. 739). So arbeiten hauptsächlich ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen daran, den AdressatInnen möglichst umfassend zu helfen.

Die am häufigsten vertretenen Beratungsschwerpunkte sind die Ehe- und Familienberatung sowie Lebens- und Partnerberatung, Erziehungsberatung und Beratung für Kinder und Jugendliche, Krisenintervention, Frauenberatung, Beratung Alleinerziehender, Suchtberatung, Beratung für psychisch Kranke, Ausländerberatung, Sexualberatung, Familienplanungsberatung und AIDS- Beratung. Innerhalb der beratenden Tätigkeit werden auch psychotherapeutische Interventionstechniken angewendet. Hilfen zur Erziehung, z. B. Heimerziehung sind als pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen konzipiert. Hier wird Psychotherapie nicht als Heilkunde angewandt sondern zur Förderung der seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Menne 2015). „Beratung und Psychotherapie können nicht grundsätzlich voneinander getrennt gesehen werden. Auf der Ebene des praktischen Handelns bestehen zahlreiche Übereinstimmungen“ (Schnelzer 2015, S. 45).

Als Voraussetzung für eine gelingende Arbeit mit Migrantinnen und Migranten gilt die Überbrückung der Sprachbarriere, Öffentlichkeitsarbeit und mehrsprachige Informationen (Vgl. Sturm & Moro 2010). Interkulturelle Gesundheitsarbeit im Gemeinwesen beinhaltet nicht nur die Wahrnehmung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen, die Erarbeitung angemessener Handlungskonzepte mit den Beteiligten,

¹² Sie sind für PatientInnen zuständig, „die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind“ (van Treeck et al. 2008, S. 177).

den Einbezug des Kontextes von Verhalten und die Umsetzung im Rahmen sozialer und medizinischer Dienste. Interkulturelle Gesundheitsarbeit im Gemeinwesen bedeutet auch die Förderung von Partizipation, betont die Selbstwirksamkeit und fördert Netzwerke (Migranten Selbstorganisationen, Vereine) und soziale Unterstützung (Selbsthilfe). Da Gesundheitsverhalten, sowie Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit stark geschlechtsabhängig sind, bedarf es Freiräume und Initiativen für Frauen- (und Familien-) Gesundheit, sowie Initiativen für Männergesundheit. Die Nutzung sozialer Regeldienste soll für Menschen mit Migrationshintergrund ebenso selbstverständlich und erfolgreich werden, wie für einheimische Deutsche. Die wohnortnahe psychosoziale Versorgung soll gestärkt werden, um sie zu befähigen, besser mit Heterogenität umgehen zu können.

In einer Übersichtsarbeit formuliert Vedder (2009) folgende Anforderungen, bzw. Herausforderungen an die Weiterentwicklung gesundheitsfördernder, transkultureller Arbeit in der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die sich mühelos auf das Gemeinwesen beziehen lassen. Beginnen wir mit der Erhebung des psychosozialen Versorgungsbedarfs in einer Region, einem Stadtteil, oder einem Gemeinwesen. Die Herkunftsländer und die Quoten von Migrantinnen und Migranten in der Region und in den Einrichtungen der psychosozialen Versorgung geben einen ersten Hinweis auf die interkulturelle Öffnung der Versorgung. Unter Berücksichtigung sozialstruktureller Merkmale müsste die Inanspruchnahme von MigrantInnen in den Sozialpsychiatrischen Zentren höher liegen (vgl. Vedder 2009). Weitere Hinweise auf die interkulturelle Öffnung geben folgende Fragen: Welche MigrantInnen werden als Zielgruppe definiert? Welche interkulturellen Aussagen werden in der Konzeption oder Satzung (Leitbild) berücksichtigt? Betont die Einrichtung in der Öffentlichkeit ihre Interkulturalität und ihre Zuständigkeit für Migrantengruppe im Einzugsgebiet? Gibt es Hinweise oder Wegweiser in den Sprachen der Klienten? Gibt es mehrsprachiges Informationsmaterial über Angebote, in welchen verschiedenen Sprachen? Wo sind sie zu finden? Ist eine differenzierte sprachliche Verständigung mit den KlientInnen gewährleistet? Indirekte institutionelle Diskriminierung liegt z. B. auch dann vor, wenn Arztpraxen und Krankenhäuser für Menschen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, keine fremdsprachlichen Informationen oder Dolmetscher zur Verfügung stellen (vgl. Sahrai 2009).

Zweitens empfiehlt Vedder (2009) eine Vernetzung der bestehenden Migrantenvereinigungen mit den Regeldiensten der sozialen und gesundheitlichen Versorgung. Das gegenseitige Wissen sei in der Regel gering. Der Autor empfiehlt einen Migrationsbeauftragten oder eine Migrationsbeauftragte zu wählen oder zu bestimmen. Indem diese/r eine bestimmte Zeit seiner/ihrer Arbeitszeit für diese

Aufgabe freigestellt ist, kann er/sie als Ansprechpartner/in für Außenstehende hilfreich sein, das Thema im Prozess halten. Im günstigen Fall weiß er/sie wo die Informationen sind, wen man fragen kann etc. Daran schließt sich die Öffentlichkeitsarbeit an. Besonders wichtig wird die Öffentlichkeitsarbeit in der MigrantInnen-Gemeinde angesehen. Ein mehrsprachiger Begrüßungstext kann deutlich machen, dass Besucher und Besucherinnen, Hilfesuchende willkommen sind, dass Sprachhürden nicht als erschwerend, sondern als lösbares Problem angesehen werden.

Auch eine Qualifizierung von MitarbeiterInnen und eine Qualifikation im Umgang mit Differenzen werden empfohlen. Interkulturelle Kompetenz kann zwar als Basiskompetenz Sozialer Arbeit gesehen werden, gemeint ist hier aber speziell die Fähigkeit angemessen mit Angehörigen anderer Kulturen zu kommunizieren (vgl. Straßburger 2009). Dazu gehört ebenso die Dekonstruktion verallgemeinernder Diskurse, wie personenorientiertes flexibles Eingehen auf das jeweilige Gegenüber und eine ausgeprägte Fähigkeit zu sozialer Interaktion.

Die Autorin sieht drei Barrieren der Inanspruchnahme für MigrantInnen: Erstens, mangelnde Lebensweltorientierung der Angebote, zweitens eingeschränkte Erfahrungen mit Sozialer Arbeit im Herkunftsland und drittens, fehlendes Vertrauen in monokulturell erscheinende Angebote. Der letzte Aspekt wird als wichtigste Hürde angesehen.

In den Sozialpsychiatrischen Zentren kommen zu sprachlich bedingten Kommunikationshürden die prinzipiellen Besonderheiten der Kommunikation mit psychotischen oder psychoseerfahrenen Menschen in Form von Abweichung vom „Erwarteten“ oder der „Nicht-Verstehbarkeit“ von Mitteilungen. Ein weiterer Aspekt der von Mitarbeitern häufig als problematisch angesehen und nicht genügend reflektiert wird ist, dass Migranten häufig kreativ sind, sie „entwickeln eigene Strategien um ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Dazu gehört zum Beispiel, dass viele von ihnen einen spielerischen Umgang mit kulturellen Scripts pflegen, um die eigene Handlungsfreiheit zu vergrößern: dass sie je nach Situation, ohne selbst in moralische Schwierigkeiten zu kommen, zwischen streng traditionellen und modernen Orientierungen „switchen“ können“ (Vedder 2009, S. 125).

Schließlich gewinnt die Narration als Identitäts- und Bewältigungsarbeit eine sinnstiftende Bedeutung. Sie beschreibt den Prozess der Identitätstransformation. Die Kohärenz der Erzählungen vermittelt die mehr oder weniger gut gelungene Bewältigung herausragender Erfahrungen und Stressoren. „Viele Migranten pflegen eine kommunikative Tradition, von der sozialpsychiatrische Fachleute lernen können: Sie nehmen sich viel Zeit für die Begrüßung, die Vorstellung der Gesprächspartner und das Einrichten der Gesprächssituation“ (Vedder 2009, S. 128). Auch für interkulturelle

Soziale Arbeit und sozialpsychiatrische Arbeit gilt, die Beziehungsgestaltung, die Narration und die Kommunikation sind von größter Bedeutung.

„Die narrative Identitätstheorie geht davon aus, dass Identität sich vor allen Dingen in narrativen, erzählenden Strukturen reproduziert, rekonstruiert und entwickelt“ (Lucius-Hoene 2010, S. 13). Wir erzählen, indem wir aus dem Zeitfluss, einen bestimmten Zeitabschnitt herauslösen, einzelne Aspekte sinnhaft verknüpfen und ihnen damit eine Bedeutung verleihen. Die Erzählform erlaubt Erfahrung überhaupt erst aus der Fülle des Erlebten auszugrenzen und zu verdichten. Wir schaffen Bedeutung für aktuelle Handlungen und biografische Erfahrungen (Kontextualisierung). Wir vergewissern uns selbst, dass wir Akteur einer Geschichte sind. Erzählen ist auf einen realen oder imaginierten Zuhörer orientiert. Das Überführen in Sprache (Symbolisierung) verlangt Konkretisierung und Festlegung, muss vom Zuhörer (mit seinem Vorwissen, seinen Erwartungen und Reaktionen) verstanden werden. Dies ermöglicht eine innere Distanzierung und unterschiedliche Perspektiven (vgl. Lucius-Hoene 2010). Geschichten besitzen auch für Empowerment-Prozesse eine zentrale Bedeutung. In ihnen wird von der Kraft und Stärke von Ideen, einzelnen Personen und Kollektiven erzählt, ebenso von Niederlagen und Resignation. Die in den Geschichten angelegten Prozesse der Selbstthematization und Selbstmythologisierung sind wesentliche Schubkräfte für Empowerment-Prozesse. Die Erzählung ist also kein Abbild sondern eine Konstruktion von Realität. In der Geschichte über die Migration wird ein „Vorstellungsraum“ aufgebaut, in dem das Vergangene in die Gegenwart geholt, das Erlebte nochmals inszeniert wird, die damaligen Handlungen und Empfindungen quasi erneut ablaufen. Der Zuhörer wird in den Erzählraum hineingezogen durch seine Aufmerksamkeit, sein Verständnis seine faktische oder vermutete Bewertung, ja durch seine bloße oder imaginierte Gegenwart wird er zum Mitstifter der Erzählung. Erzählen ist also mehr als Biografie-(re)-konstruktion und Identitätspräsentation, beides wird erst in der kommunikativen Leistung entfaltet (vgl. Lucius-Hoene 1998).

Die Betonung von „Normalität“ bedeutet die Anerkennung der eigenen Kompetenz. In dem Maße wie die Normalisierungsstrategie und Hoffnungsbalance in den Mittelpunkt der Betrachtungen gerückt wird, können solche Erzählungen erkannt werden als Maßnahme der Betroffenen, sich selbst der Kompetenz zu versichern, den Alltag bewältigen zu können und mit allem zurechtzukommen. Der Gesprächspartner, der sich von der Familie führen lässt, anstatt diese auf die Bearbeitung implizit präsenter Probleme zu lenken, wird dann als (wichtiger) „Zeuge“ für die Wirksamkeit dieser Normalisierungsbestrebungen benutzt. Behandlungstechnisch ermöglicht das

Prinzip der Präsenz (Zeugenschaft, Spiegelung) eine Re-konstruktion von Realität (vgl. Ullrich1998, S. 176).

4.3 BARRIEREN

4.3.1 RECHTLICHE GRUNDLAGEN DER ZUWANDERUNG

Mit dem Inkrafttreten des *Zuwanderungsgesetzes* im Jahr 2005 hat sich Deutschland als Einwanderungsland bekannt. Das Gesetz dient der Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung, der Regelung des Aufenthalts, der Erwerbstätigkeit sowie der Integration von UnionsbürgerInnen und AusländerInnen. Es beinhaltet unter anderem die Erstfassung des Aufenthaltsgesetzes (Bundestag 2004). Laut § 4 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) gibt es fünf Aufenthaltstitel, die den Aufenthalt in Deutschland regeln: die befristeten Aufenthaltstitel *Aufenthaltserlaubnis* nach § 7 des AufenthG, *Visum* (§ 6), *Blaue Karte EU* (§ 19) und die unbefristeten Aufenthaltstitel *Niederlassungserlaubnis* (§ 9) und die *Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU* (§ 9a)¹³.

Eine weitere Möglichkeit für politisch verfolgte MigrantInnen, in Deutschland für längere Zeit verweilen zu können, ist das Stellen eines Asylantrags. Laut Art. 16a Abs. 1 des Grundgesetzes (GG), haben politisch Verfolgte ein *Recht auf Asyl*. Es ist damit das einzige Grundrecht, das nur AusländerInnen zusteht. Zuständig für die Überprüfung und Zustellung des Asylantrages ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Zunächst überprüft es, ob der/die AntragstellerIn asylberechtigt im Sinne des Art. 16a Abs. 1 GG ist und um welchen juristischen Status es sich bei den MigrantInnen handelt¹⁴. Wichtig ist die Prüfung nach dem Dublinverfahren, das vorsieht, dass der Staat, in den der/die AsylbewerberIn eingereist ist, das Asylverfahren durchführt. Asylberechtigte und Flüchtlinge erhalten nach erfolgreicher Prüfung des Status und Bewilligung des Antrags zunächst eine befristete Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre. Nach Ablauf der Frist kann eine unbefristete Niederlassungserlaubnis erteilt werden, sofern das BAMF feststellt, dass die Asylberechtigung, bzw. die Flüchtlingseigenschaft weiterhin Bestand hat (vgl. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut 2016, S. 9). Bei Ablehnung des Antrages

¹³ § 7 AufenthG: Die Aufenthaltserlaubnis ist unter Berücksichtigung des beabsichtigten Aufenthaltszwecks zu befristen (z. B. Studium, Erwerbstätigkeit).

§ 19 AufenthG: die Blaue Karte wird zum Zweck der Erwerbstätigkeit verteilt.

§ 9 AufenthG: Die Niederlassungserlaubnis wird unabhängig von einem „Zweck“ des Aufenthalts erteilt (Daueraufenthaltsrecht).

§ 9a AufenthG beinhaltet das Recht auf Weiterwanderung in einen anderen EU-Mitgliedsstaat.

¹⁴ Z. B. anerkannte Flüchtlinge, AsylbewerberInnen, ArbeitsmigrantInnen aus EU oder Drittstaaten, AusländerInnen mit illegalem Status oder geduldete AusländerInnen.

oder im Falle einer Abschiebung sind die Betroffenen aufgefordert, das Land zu verlassen (vgl. ebd.).

Für AsylbewerberInnen ist die Gesundheitsversorgung während ihres Aufenthaltes von großer Bedeutung, die im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt ist. Doch die Regelung impliziert Benachteiligungen und Einschränkungen gegenüber gesetzlich Krankenversicherten. Sie wird daher stark kritisiert, denn AsylbewerberInnen werden ausschließlich in akuten Notfällen nach § 4 Abs. 1 AsylbLG ärztlich versorgt (vgl. Pro Asyl 2014). Nach § 6 AsylbLG *können* sonstige Leistungen erbracht werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Dies impliziert eine Ermessensentscheidung, die beispielsweise im Erstversorgerlager oftmals von medizinischen Laien getroffen wird (vgl. Pro Asyl 2015a). Ist der Asylantrag bewilligt, können MigrantInnen *gesetzlich* die gleiche gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen wie die Mehrheitsgesellschaft.

Integrationsmaßnahmen schließlich sind in § 44 AufenthG geregelt. Diese gesetzliche Regelung richtet sich an AusländerInnen, die in Deutschland leben und eine Niederlassungserlaubnis haben, oder als ArbeitnehmerInnen sowie zum Zwecke des Familiennachzuges in Deutschland wohnhaft sind. Nach § 44a des Aufenthaltsgesetzes ist ein/eine AusländerIn zur Teilnahme an einem Integrationskurs¹⁵ verpflichtet, wenn er einen Anspruch nach § 44 AufenthG hat und über unzureichende Deutschkenntnisse verfügt. Des Weiteren berechtigt die Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1 Satz 4 zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit und zur freien Niederlassung.

4.3.2 INANSPRUCHNAHME

Ein erster wichtiger Schritt bei der Umsetzung interkultureller Öffnungsprozesse ist das Erkennen von Zugangsbarrieren. Denn in Konzepten zur interkulturellen Öffnung „kommt es maßgeblich darauf an, die Abwehrhaltung auf beiden Seiten zu durchbrechen und die Angebote der Einrichtungen und Dienste an den Bedarfen und Bedürfnissen [...] der zugewanderten Klientel zu orientieren“ (Caritas 2006, S. 14).

Es existieren wenige aktuelle Untersuchungen zur Inanspruchnahme von psychosozialen Versorgungseinrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Insgesamt kann man jedoch von einer Fehlversorgung ausgehen. MigrantInnen sind überrepräsentiert in Notdiensten und der Notfallversorgung, bei Zwangseinweisungen

¹⁵ Integrationskurse dienen der Vermittlung von ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache sowie von Alltagswissen, Kenntnissen der Rechtsordnung, der Kultur und Geschichte Deutschlands (§43 AufenthG).

und in Psychiatrischen Institutsambulanzen, in der apparativen Diagnostik und nehmen mehr Medikamente ein (vgl. Robert Koch Institut 2008, S. 24). Unterversorgung bestehe in der psychosomatischen und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, seltener wird eine Behandlung regulär abgeschlossen (vgl. Steinhäuser et al 2016).

Als bedeutsame Ursachen für Unterschiede in der Inanspruchnahme sieht die Gesundheitsberichterstattung folgende Aspekte (Robert Koch Institut 2008):

- Den Versichertenstatus
- Kommunikationsprobleme
- Das Krankheitsverständnis
- Das Nutzungsverhalten (Rollenverständnis, Geschlecht, Generation, Profession)
- Strukturelle Vorgaben (z. B. Aufenthaltsstatus).

Gaitanides beschäftigte sich ebenfalls mit Zugangsbarrieren für MigrantInnen und fasste folgendes zusammen (vgl. Gaitanides 2001, S. 182):

- *Das Fehlen muttersprachlicher Fachkräfte*¹⁶
- *Eigene kulturelle Verhaltensmuster.* Für MigrantInnen ist es oft ein traditionelles Tabu, mit Außenstehenden (Deutschen) über innere Schwierigkeiten der Familie zu sprechen.
- *Stolz*, der den KlientInnen verbietet, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn es sich um persönliche Probleme handelt, wie etwa Eheprobleme oder das Verarbeiten von traumatisierenden Erfahrungen.
- *Zurückhaltung und Skepsis* gegenüber rein psychologischer Beratung, die auf Lerneffekte von Selbstreflexionsprozessen setzt. Psychologische Verfahren können ausländische KlientInnen enttäuschen, da sie hierbei oft lebenspraktische Ratschläge vermissen und stattdessen ihre eigenen Ressourcen gesucht, entdeckt, gefördert und gestärkt werden, was zunächst scheinbar nicht als „sichtbare“ Hilfestellung erlebt wird. Es ist vorstellbar, dass manche Kulturen andere Erwartungen von Hilfe haben: eine von außen geleistete, für sie aber passive Hilfe, die eine sofortige Veränderung der Situation bewirkt.

¹⁶ Mayer und Vanderheiden stellen auch mögliche Probleme von MigrantInnen mit muttersprachlichen Fachkräften fest. Es kann bei Begegnungen mit muttersprachlichem Fachpersonal zu Gefühlen wie Angst vor einer Stigmatisierung durch VertreterInnen der eigenen Ethnie und Scham kommen (vgl. Mayer und Vanderheiden 2014, S. 329).

- *Ängste* vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen. Öffnen sich MigrantInnen den BeraterInnen, so besteht die Angst, dass Informationen zur Ausweisung führen können.
- *Mangelhafte Informationen und Unkenntnis des deutschen Hilfesystems.* Das komplexe sozialstaatliche Beratungs- und Hilfesystem erschwert eine Übersicht mit welchen Fragestellungen, Problemen man sich wohin wenden kann¹⁷.

Neben den Zugangsbarrieren, die MigrantInnen betreffen, gibt es aber auch einige Probleme auf Seiten der Mitarbeitenden, die den Umgang mit den MigrantInnen erschweren können (vgl. Caritas 2006, S. 13):

- *(Unbewusste) Vorurteile gegenüber MigrantInnen*
- *Klischeehafte Verallgemeinerung* der kulturellen Unterschiede, durch die sich KlientInnen mit Migrationshintergrund missachtet fühlen
- *Angst vor dem Fremden*
- *Kompetenzverlustängste und Überforderungsgefühle*
- *Ein Sich-nicht-zuständig-Fühlen.* Manche MitarbeiterInnen verweisen MigrantInnen an Spezialdienste oder geben die Arbeit an muttersprachliche Fachkräfte ab
- *Furcht vor Mehrbelastung/ Mehrarbeit*
- *Mangelnde Bereitschaft,* sich neu zu orientieren, umzulernen, und die Arbeit neu zu strukturieren. Gefahr, dass angebotene Fort- und Weiterbildungsprogramme nur von motivierten MitarbeiterInnen wahrgenommen werden (vgl. Jungk 2001, S. 107)
- *Festhalten am eingespielten Berufsalltag (an Wissens- und Handlungsmaximen)*
- *Leugnung der kulturellen Differenz und der besonderen strukturellen Benachteiligung der Migrantinnen*

4.3.3 ORIENTIERUNG DER VERSORGUNGSANGEBOTE AN DER MEHRHEITSGESELLSCHAFT

Die sozialen Systeme des Einwanderungslandes Deutschland, zu denen unter anderem das Gesundheitssystem zählt, sind überwiegend auf die Kultur der „Mehrheitsgesellschaft“ ausgerichtet. Es handelt sich demnach um ein monokulturell ausgerichtetes Gesundheitssystem. Andere ethnische und kulturelle Gruppen haben einen erschwerten Zugang zu öffentlichen Institutionen und Angeboten der

¹⁷ Ebenso fand sich ein geringes Gesundheitswissen bei türkischen Patientinnen (62 %) im Vergleich zu deutschen Patientinnen (15 %) (Robert- Koch- Institut 2008).

gesundheitlichen Versorgung (vgl. Mayer und Vanderheiden 2014, S. 330). Nach Atkinson und Flint sind Menschen mit Migrationshintergrund in der Forschung eine versteckte Bevölkerungsgruppe und daher in gesellschaftlichen Institutionen sozial unsichtbar, was in der Praxis zu Unterversorgung führe (vgl. Atkinson und Flint 2001, S. 1–4; Mayer und Vanderheiden 2014, S. 328). Auch Behrens macht deutlich, dass die gegenwärtige Gesundheitsberichterstattung über MigrantInnen erhebliche Forschungslücken aufweist. Es gäbe nur wenige Informationen zur Qualität der Versorgung (vgl. Behrens 2011, S. 40). Wie zufrieden MigrantInnen mit den Angeboten sind, und/oder welche Wirkung die Behandlungen letztendlich zeigen (Erfolg oder Misserfolg), scheint aktuell noch wenig erforscht zu sein.

Zu den wichtigsten Aspekten und Problemen in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen gehört die Kommunikation. Studien zeigen, dass MigrantInnen ähnliche Behandlungserwartungen haben wie die PatientInnen der autochthonen Gesellschaft. Allerdings ist die Beratungs- und Behandlungszufriedenheit deutlich geringer, was auf mangelnde Information, Aufklärung und psychosoziale Betreuung zurückzuführen ist (vgl. Borde et al. 2002).

Eine inadäquate Patientenaufklärung kann sogar mit einem Verlust an Verständnis einhergehen: „Vor dem Aufklärungsgespräch konnten 62 % der 262 türkischen Patientinnen die Diagnose und 71 % die Therapie korrekt wiedergeben. Nach der Patientenaufklärung konnten nur noch 55 % die Diagnose und 66 % die Therapie korrekt wiedergeben“ (Robert Koch Institut 2008, S. 109). Solche Effekte waren bei deutschen Patientinnen nicht nachweisbar.

4.3.4 SUBJEKTIVE UND KULTURELLE KRANKHEITSMODELLE

Das Gesundheitsverhalten und Körperpraktiken werden durch Kultur, das schichtspezifische Milieu und das Geschlecht bestimmt und gelten als Teil der (Geschlechts-, Klassen- und kulturellen-) Identität. Grundlagen sind unbewusste generative Schemata früherer Erfahrungen. Eine vermeintlich freie Wahl ist immer schon durch die nicht-reflektierten Schemata vorbestimmt. Schon Freud schlug vor die körperlich-psychischen Verknüpfungen nicht als kausal oder als Parallelen zu verstehen, sondern er prägte zur Beschreibung dieser Zusammenhänge den Begriff „Repräsentanz“. Körperempfindungen, Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen und soziale Umwelterfahrungen werden als innere, bewusste oder unbewusste, Vorstellungen (Repräsentanzen) abgebildet und gespeichert. Jede Erkrankung aktiviert innere Bilder von früheren und aktuellen Körpererfahrungen, Affekten und den Reaktionen der Bezugspersonen (vgl. Uexküll 1986). Körpererleben und Verarbeitungsprozesse sind daher lebensgeschichtlich gewachsene „Konstruktionen“

und stärker abhängig von Persönlichkeitseigenschaften als von der Art der Erkrankung (vgl. Herrschbach 2002). In den subjektiven Krankheitstheorien schlagen sich die persönlichen Erfahrungen und Kenntnisse sowie familiäre und soziokulturelle Werthaltungen nieder, z. B. Krankheit als Bestrafung, Tabu, Auflehnung, Entlastung, Verlust, Versagen, etc. Psychologische Faktoren wiederum beeinflussen als Abwehr, Coping, Angstbewältigung und Anpassung die Interpretation von Krankheitssymptomen und das Gesundheitsverhalten (vgl. Kirsch 2016).

Theorien zur kulturellen Entwicklung der Identität gehen von individuell unterschiedlichen Bewusstseinsgraden der ethnischen Hintergründe aus. Wie jemand sich selbst und andere wahrnimmt und die Welt sieht, beeinflusst die Interaktionen mit anderen.

Cheung (2009) beschreibt am Beispiel der Asian American Immigrants häufige Problemstellungen und Verarbeitungswege, z. B. Verluste (materiell, emotional, von Beziehungen) und Anpassungsaufgaben (Arbeitssuche, Schulen für die Kinder suchen, Wohnungen, neue Freunde, soziale Unterstützung, eine neue Rolle innerhalb der Familie). Diese kumulative Stress- und Belastungserfahrung in der Anpassung an die Veränderungen kann vorausgegangene Gesundheitsprobleme oder psychische Probleme verschlimmern oder neue Probleme begründen. Traumata im Heimatland können die Anpassung zusätzlich erschweren (vgl. Cheung 2009, S. 91). Bei Migranten ohne sicheren Aufenthaltsstatus bestehen häufig eine geringere soziale Unterstützung und aktuelle psychosoziale Benachteiligungen, was diese Untergruppe vulnerabler für psychische Erkrankungen macht. Migranten der 2. oder 3. Generation stehen oft zwischen traditionellen (kollektivistischen) Weltbildern, die sich von den europäisch-individualistischen Weltbildern unterscheiden, wie sie sich v. a. in den Psychotherapie- und Behandlungsansätzen finden. Migranten mögen eher ein kollektives Selbstgefühl haben und Probleme nicht aus der Perspektive des eigenen Wohlergehens, sondern aus Sicht der Familie oder Gruppe, betrachten. Indirekte Kommunikation und Problemlösungsstile mit dem Ziel die Harmonie aufrechtzuerhalten stehen dann im Vordergrund.

Aufgrund dieser Unterschiede, wird eine Therapie oder Beratung in Übereinstimmung mit den dominanten psychotherapeutischen Behandlungsansätzen, die auf europäischen Weltbildern beruhen, eher zu einem vorzeitigen Abbruch der Behandlung führen oder ineffektiv werden. Für MigrantInnen, die stärker mit einem europäischen Weltbild und europäischer Kultur verbunden sind, mag eine klassische Beratung oder Behandlung ausreichen, für solche die weniger mit diesen Werten identifiziert sind sollte eine Anpassung der klassischen Methoden erfolgen, damit diese in Übereinstimmung mit der kulturellen Identität erfolgen kann.

Cheung (2009, S. 93) schlägt folgende Kriterien für die Einschätzung der kulturellen Weltsicht vor (traditionell an der Herkunftskultur orientiert versus an der Kultur des Einwanderungslandes orientiert):

1. Bevorzugte Speisen
2. Bevorzugte Sprachen zu Hause
3. Bevorzugte TV Sender zu Hause
4. Feiertage
5. Praxis der Kindererziehung
6. Kulturelle Identifikation (auch z. B. mit Sportmannschaften)
7. Erfahrungen vor, während und nach der Migration
8. Andere Faktoren

Die Wahrnehmung von Gesundheit und psychischer Gesundheit vieler MigrantInnen ist von der europäischen zu unterscheiden. Vielfach sind Gesundheit und psychische Gesundheit keine getrennten Bereiche, sondern eine Einheit. Z. B. gilt Selbstkontrolle als ein Zeichen von Tugend und Rechtschaffenheit, eine freie Äußerung von Emotionen gilt als unreif und als Mangel an Selbstdisziplin. Dies begründet auch den oft somatisierenden Ausdruck psychischen Befindens, dies ist häufig sozial viel eher akzeptiert als das offene Reden über Gefühle. Eine geringere Inanspruchnahme psychosozialer Dienste kann durch diese inneren Barrieren begründet sein. Als weitere Barrieren identifiziert Cheung (2009, S. 95)¹⁸:

- Mangelndes Wissen über psychische Gesundheit und Versorgungsangebote.
- Kollektivismus: die kulturelle Praxis eigene Probleme für sich und innerhalb der Familie zu behalten, anstatt sie mit anderen außerhalb der Familie zu teilen. Letzteres bringt Scham und Verurteilung der Familie mit sich. Häufig ist es ein kulturelles Tabu „schmutzige Wäsche in der Öffentlichkeit zu waschen“.
- Stigmatisierung: Psychische Probleme werden häufig mit Unproduktivität, unmoralischem oder abnormalem Verhalten in Verbindung gebracht, dies bringt das Ansehen der Familie in Verruf. Manchmal werden psychische Probleme als erbbedingt angesehen, ein Schicksal das jede Generation tragen müsse, oder sie werden gesehen als Strafe für Tabuverletzungen vorangegangener Generationen.
- Sprache und kulturelle Barrieren. Viele Nuancen in der Sprache können weder ausgedrückt noch verstanden werden oder gehen in der Übersetzung verloren,

¹⁸ Diese Einstellungen und Problemstellungen sind nichtmigrationsspezifisch sondern können genauso gut in der autochthonen Gesellschaft vorkommen (insbesondere in unterprivilegierten sozialen Milieus). Sie markieren viel eher eine Gruppe von Eigenschaften, die die Erreichbarkeit einer Gruppe erschwert und das Risiko für Missverständnisse, Misserfolge und Enttäuschung erhöht.

dies führt zu größerem Handlungsdruck und häufiger zu Missverständnissen. Zusätzlich gebieten Konventionen und kulturell akzeptierte Etikette bestimmte Verhaltensweisen (z. B. Blickkontakt, Begrüßungsrituale, Schuhe ausziehen etc.).

- Mangel an Ressourcen (z. B. Transport) um die psychosozialen Dienste zu erreichen.

Cheung (2009) beschreibt auch häufig gefundene Erwartungen an die Behandlung und an die Professionellen. Die BeraterIn/TherapeutIn werde als ExpertIn gesehen um die Probleme möglichst schnell zu beseitigen, indem man die Symptome schildert wie beim Arzt. Insbesondere MigrantInnen aus dem asiatischen Kulturkreis erwarten eher praktische Instruktionen und einen Lernprozess, wie zwischen Lehrer und Schüler mit ‚guten‘ Anweisungen und Ratschlägen. Cheung (ebd. S. 99) empfiehlt im Behandlungsprozess aktiv die Führung zu übernehmen, ebenso aktiv die Verbindung zu dem kulturellen Weltbild des Klienten/der Klientin herzustellen (einschließlich der Erwartungen an den Experten,) und bedachtsam hilfreiche Anweisungen und Empfehlungen zu geben. Dies setze voraus in der eigenen Rolle flexibel genug zu sein, sich als LehrerIn, BeraterIn, CoachIn, Anwalt/Anwältin, Case ManagerIn oder ÜbersetzerIn anzubieten. Das Ziel sei es den kulturellen Erwartungen nahe zu kommen um Vertrauen und Respekt zu gewinnen. Wenn Vertrauen erst etabliert sei, könne ein kollaborativer Dialog entstehen, der ein Wachstum des Selbstbewusstseins und eine Verbesserung der Bewältigungsmechanismen anregen kann. Ansehen, Respekt, Vertrauenswürdigkeit erreiche man über die Darstellung der eigenen Kenntnisse, beruflicher Erfahrung, und Qualifikation. Insbesondere unter asiatischen MigrantInnen werde eine pragmatische, aktionsorientierte Problemlösung bevorzugt. Bildung, sowie die Anerkennung von Autoritäten werde sehr hoch geschätzt. Psychoedukation spiele oft eine bedeutsame Rolle. Anstelle einer in den modernen europäischen Behandlungsansätzen recht verbreiteten „nicht wissenden“ Grundhaltung empfiehlt Cheung (2009) eine differenzierte Vorgehensweise. Eine Haltung des „Nichtwissens“ sei hilfreich um kulturelle und persönliche Bedeutungen zu erfahren, sich der Lebenswelt der KlientInnen anzunähern, eine wissende (ExpertInnen) Haltung sei jedoch wichtig um die kulturellen Erwartungen an ein Lehrer/Schülerverhältnis zu berücksichtigen und vertrauenswürdig zu sein.

4.4 DIE BEDEUTUNG DES GESCHLECHTS

Ein weiterer Aspekt, der sich als Barriere auswirken kann, ist die mangelnde Kenntnis und Berücksichtigung von Geschlechterrollen-Stereotypen. Zwischen sozialer und

gesundheitlicher Lage besteht ebenso ein deutlich geschlechtsabhängiger Zusammenhang. Frauen weisen zwar allen repräsentativen Daten zufolge eine signifikant höhere Krankheitsquote auf als Männer, gleichwohl liegt ihre Lebenserwartung um etwa 6,5 Jahren höher als bei Männern. Soziale Faktoren sind dabei für einen Unterschied von etwa fünf Jahren, biologische für etwa eineinhalb Jahre verantwortlich (vgl. Hien 2009). Der Großteil der Lebenserwartungsunterschiede zwischen Männern und Frauen fällt auf *Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Straßenverkehrsunfälle, Suizide und Atemwegserkrankungen* zurück (vgl. Szagun & Cohrs 2014). Männer reagieren auf ihren sozioökonomischen Status sensibler als Frauen. Gesundheitliche Verhaltensweisen von Männern werden erst in jüngster Zeit problematisiert, sofern sie nicht identisch mit denen unterer sozialer Schichten waren (vgl. Hahn 2010). Geschlechtsunterscheide finden sich v. a. für Erkrankungen für die psychosozialer Stress einen Risikofaktor darstellt, z. B. durch chronische Überaktivierung der HPA-Achse¹⁹. Die stärkste HPA-Aktivität wird durch Konkurrenz ausgelöst, Männer zeigen dabei eine stärkere Stressantwort (vgl. Szagun & Cohrs 2014).

Ein rascher gesellschaftlicher Wandel mit Veränderungen von Chancenstrukturen und den damit verbundenen Anpassungsanforderungen kann am Beispiel der osteuropäischen Männer in den 1990er Jahren des letzten Jahrhunderts illustriert werden und auf Geschlechterrollen bezogene Anpassungsprozesse nach einer Migration hinweisen. In Osteuropa zeigte sich in den letzten Jahrzehnten eine dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung insgesamt (Mitte der 1990er Jahre war die mittlere Lebenserwartung 6 Jahre kürzer als in Westeuropa). Durch dramatische Veränderungen der alltäglichen Lebensumstände erwiesen sich die traditionell als stark und dominant angesehenen Männer als die Bevölkerungsgruppe, die besonders anfällig für Krankheit und frühen Tod wurde (vgl. Kristenson 2008). Mehr als die Hälfte des Anstieges der Sterblichkeit in den 1990er Jahren war auf Herzinfarkte als Symptom einer koronaren Herzkrankheit zurückzuführen. 1994 hatten litauische Männer ein viermal höheres Risiko an einem Herzinfarkt zu sterben, als schwedische Männer gleichen Alters. Die klassischen Risikofaktoren waren zwischen beiden Gruppen nur geringfügig unterschiedlich. Die litauischen Männer hatten jedoch die schlechtesten Ergebnisse in allen psychosozialen Merkmalen: Arbeitsbelastung, geringere soziale und emotionale Unterstützung, geringere soziale Integration, geringeres Bewältigungsverhalten, geringeres

¹⁹ Als Allostase wird der Prozess bezeichnet, durch den der Körper in Stresssituationen durch die Ausschüttung von Stresshormonen eine Anpassung vornimmt. Vermittelt wird die Allostase-Reaktion v. a. durch Hormone der *Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse* (HPA-Achse genannt), also z. B. Adrenalin und Cortison.

Selbstwert- und Kohärenzgefühl, höhere Verausgabungsbereitschaft und höheres Maß an Feindseligkeit, vitale Erschöpfung, mehr Depressionssymptome (ebd.). Sie zeigten höhere Cortisolausgangswerte und einen geringeren Anstieg (allostatische Last). In Folge wiederkehrender und lange andauernder Aktivierung der HPA-Achse war die Fähigkeit zur Regeneration und Kompensation eingeschränkt (vgl. Kirsch 2016). Überträgt man diese Ergebnisse auf männliche Migranten, so sind folgende Schlussfolgerungen wahrscheinlich. Eine berufliche De-Qualifikation (gemeint ist der Einsatz in niedriger qualifizierten Tätigkeiten), soziale Isolation, hohe Verausgabungsbereitschaft bei niedriger Gratifikation (sog. Gratifikationskrisen, Siegrist & Theorell 2008), Feindseligkeit und weniger erfolgreiches Bewältigungsverhalten sind wichtige psychosoziale Risikofaktoren insbesondere für männliche Migranten.

Auch für Migrantinnen ergibt sich ein eigenes psychosoziales Risikoprofil, bzw. sind Ausgangssituationen bekannt, die mit erhöhtem Stress und Gesundheitsrisiken einhergehen. Nachdem zunächst Männer als Arbeitsmigranten nach Westeuropa kamen, führte die Familienzusammenführung zu neuen Migrationsströmen, mit denen vermehrt Frauen immigrierten. Die Zielländer waren auf die neue Situation schlecht vorbereitet und Frauen waren in besonderer Weise von Ausgrenzungsmechanismen und Isolation betroffen. Dies führte häufig zur Verfestigung tradierter kultureller Normen und Geschlechterverhältnisse, manchmal im Gegensatz zu Modernisierungsprozessen im Herkunftsland (vgl. Sturm & Moro 2010). Strategien der Einflussnahme von Frauen, die ihnen halfen der Macht der Männer etwas entgegenzusetzen, veränderten sich oft durch die Migration. Manchmal gingen gewohnte Orte des Schutzes und der „Gegenmacht“ verloren. Grundannahmen zum Geschlechter- und Generationenverhältnis können im Zielland bedeutend abweichen von den bisherigen Erfahrungen, Wertvorstellungen und Bildern. Verunsicherung, eine „Neu-Balancierung“ der Geschlechtsrollen und Machtverhältnisse stellen Anforderungen an Reflexion und Bewältigung. Der Migrationsprozess muss also weiter differenziert werden in geschlechtsabhängige Verarbeitungsprozesse und Chancenstrukturen.

4.5 KONZEPTE INTERKULTURELLER ÖFFNUNG

Im Folgenden beziehen wir uns hauptsächlich auf Definitionen und Handlungsanweisungen zur interkulturellen Öffnung von Schröder und Handschuck²⁰,

²⁰ Sabine Handschuck: Diplompsychologin, bis 2006 Beauftragte für interkulturelle Arbeit bei der Landeshauptstadt München, Seit 2007 Projektleiterin des Modellprojekts „Interkulturelle sozialräumliche Qualitätsentwicklung“; Hubertus Schröder: seit 2006 Geschäftsführer des „Institut Interkulturelle Qualitätsentwicklung München“.

da sich diese intensiv mit dem Thema beschäftigten, publizierten und häufig von anderen AutorInnen zitiert werden (vgl. Mayer und Vanderheiden 2014, S. 35; Behrens 2011, S. 59; Kollak und Rommelspacher 2008, S. 157–171). Handschuck und Schröer betonen eine strategische Ausrichtung der Organisationen, die Auswirkungen auf die Strukturen, die Prozesse und Ergebnisse sozialen Handelns hat. Das Ziel soll sein, Zugangsbarrieren in der Versorgung für MigrantInnen abzubauen, Angebote und Maßnahmen an die Bevölkerungsgruppen anzupassen sowie differenzierte und auf die sozio-kulturellen Gruppen angepasste Angebote und Maßnahmen zu erstellen (vgl. Handschuck und Schröer 2011, S. 57). Nach Handschuck und Schröer ist die interkulturelle Öffnung die Konsequenz einer interkultureller Orientierung und somit die handelnde Umsetzung einer strategischen Ausrichtung von Organisationen (vgl. ebd., S. 44). Eine interkulturelle Orientierung entspricht einer „sozialpolitischen Haltung von Personen, bzw. Institutionen, die anerkennt, dass unterschiedliche Gruppen mit unterschiedlichen Interessen in einer Stadtgesellschaft leben und dass diese Gruppen sich in ihren Kommunikations- und Repräsentationsmitteln unterscheiden“ (Auernheimer 1989, S. 386). Das Ziel der Anerkennung und Wertschätzung bildet demnach die Grundlage dafür, dass verschiedene Gruppen verschiedene Bedürfnisse artikulieren und vertreten können und eine selbstreflexive Haltung gegenüber der eigenen Kultur eingenommen werden kann.

Interkulturelle Öffnung bezeichnet einen Prozess der Organisationsentwicklung und muss als Querschnittsaufgabe gesehen werden, die auf den drei Ebenen der Organisations-, Personal- und Qualitätsentwicklung Beachtung zu finden hat (vgl. Handschuck und Schröer 1997, S. 86). Es gehe darum, zunächst die Notwendigkeit einer Veränderung zu erkennen und die Veränderung vorzubereiten, um in der nächsten Phase neue Verhaltensweisen und Arbeitsabläufe zu schaffen. Schließlich werden diese im Arbeitsalltag stabilisiert und integriert (vgl. Lewin 1963, S. 262). Für die interkulturelle Öffnung bedeutet dies, bestehende Zugangsbarrieren für MigrantInnen zu erkennen und zu verringern. In der nächsten Phase sollen konzeptionelle Aufgaben und Ziele benannt werden, z. B. das Leitbild der Organisation interkulturell ausgerichtet werden. Angebote werden interkulturell sensibel gestaltet und Öffentlichkeitsarbeit interkulturell ausgerichtet (vgl. ebd., S. 15–21). Nach Behrens müssen interkulturelle Öffnungsprozesse schließlich evaluiert (Qualitätsentwicklung) und Veränderungen angepasst werden, um nicht statisch fixiert zu bleiben. Die Ziele der Chancengleichheit und sozialen Gerechtigkeit können nur dann verwirklicht werden, wenn diese Ziele von den zu öffnenden Organisationen auf allen Verantwortungsebenen verfolgt werden (vgl. Behrens 2011, S. 63). Eine erfolgreich umgesetzte Organisationsentwicklung erfolgt einerseits in *top-down*-Richtung, als auch

in *bottom-up*- Richtung. Dies bedeutet, dass sowohl die Führungsebene (top down), als auch die Ebene der MitarbeiterInnen (bottom-up) an der interkulturellen Öffnung unmittelbar beteiligt sind. Die Führungsebene trägt die Verantwortung und sorgt für entsprechende Rahmenbedingungen und die Bereitstellung finanzieller, personeller und zeitlicher Ressourcen (vgl. ebd., S. 61).

Für die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland haben Psychiatrische Fachgesellschaften im Jahr 2002 Grundsätze erarbeitet und in den *12 Sonnenberger Leitlinien* formuliert. Sie fordern einen erleichterten Zugang zu Einrichtungen der psychosozialen Versorgung für MigrantInnen. Die Grundsätze bzw. Forderungen der *Sonnenberger Leitlinien* entsprechen den Überlegungen vieler anderer Autoren, Organisationen oder Einrichtungen, die sich zum Thema interkulturelle Öffnung öffentlich geäußert haben. Die *Sonnenberger Leitlinien* werden als einheitliche und praxisnahe Qualitätsstandards bei der Einführung und Umsetzung von interkulturellen Behandlungskonzepten in der psychosozialen Versorgung verstanden. Sie werden im Folgenden erläutert und dabei jeweils ergänzt durch Überlegungen anderer Autoren.

Der erste Grundsatz der *Sonnenberger Leitlinien* betrifft die *Niederschwelligkeit* und *Kultursensivität* der Angebote (vgl. Machleidt et al. 2006, S. 34).

Da die interkulturelle Öffnung als Querschnittsaufgabe zu verstehen ist, ist ein erster essentieller Schritt, die Verankerung eines interkulturellen Leitbildes in der Konzeption einer Einrichtung, um das Ziel der Erreichbarkeit für MigrantInnen und den Abbau von Zugangsbarrieren erreichen zu können. Die interkulturelle Orientierung als Haltung der Wertschätzung und Anerkennung von Gleichheit und Verschiedenheit soll nach innen und außen deutlich werden (vgl. Schröder 2007b, S. 87). Dies ist die Voraussetzung für jede Organisation und Einrichtung der psychosozialen Versorgung, um persönliches Vertrauen und Offenheit im Beratungssetting zu schaffen und so durch Hilfe zur Selbsthilfe (Selbst-) Wirksamkeit erzielen zu können.

Ein nächster wichtiger Schritt ist die Partizipation der MigrantInnen bei der Entwicklung migrationssensibler Angebote. Die Orientierung an den Rat- und Hilfesuchenden hat deshalb einen hohen Stellenwert, weil die Betroffenen selbst die bestehenden Barrieren wahrnehmen und identifizieren können. Durch Befragungen oder Gespräche sollte es den MigrantInnen ermöglicht werden, bei der Planung, Vorbereitung und Auswertung migrationssensibler Maßnahmen beteiligt zu sein (vgl. Caritas 2006, S. 19). Fühlen sich MigrantInnen angesprochen und eingeladen mitzuwirken, ist dies ein erstes Entgegenkommen und Wegbereiter für interkulturelle Öffnungsprozesse.

Die migrationssensiblen Angebote sollen kultursensibel, lebensortnah und auf die Zwänge der Familie Rücksicht nehmend gestaltet werden (vgl. Gaitanides 2001, S. 192). In psychosozialer Beratung sind bestehende Barrieren besonders hoch, zum Beispiel in Hinblick auf oben genannte kulturelle Tabus.

Die zweite Forderung der *Sonnenberger Leitlinien* betrifft die *Bildung multikultureller BehandlerTeams* (vgl. Machleidt, Salman, Calliess 2006, S. 34). Schwerpunkte der interkulturellen Personalentwicklung sind hierbei die Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund und die Förderung interkultureller Kompetenz bei den MitarbeiterInnen. Laut Gaitanides kann der Zugang zu KlientInnen mit Migrationshintergrund durch muttersprachliche MitarbeiterInnen mithilfe ihrer sprachlichen und kulturellen Hintergrundkenntnisse erleichtert werden. Auch das geteilte Migrationsschicksal und der gemeinsame Minderheitenstatus können zu einer positiven Zuschreibung führen und die MigrantInnen können sich eher öffnen und vertrauen (vgl. Gaitanides 2001, S. 182). Gerade wenn es sich um psychosoziale Beratung handelt, wenn Probleme mit der Familie, mit den Kindern, oder Eheprobleme besprochen werden, kann es für die Betroffenen hilfreich und erleichternd sein, wenn die BeraterInnen sich besser in ihre Lage hinein versetzen können. Hilfreich hierfür ist auch das Wissen um die traditionellen und kulturellen Tabus. Doch auch die muttersprachlichen Fachkräfte müssen sich selbstreflexiv und im Team den interkulturellen Herausforderungen immer wieder neu stellen (vgl. ebd., S. 187).

Ein zweiter wichtiger Aspekt der interkulturellen Personalentwicklung in der psychosozialen Beratung ist die Vermittlung und Förderung interkultureller Kompetenz. Hinzu kommt die Vermittlung von migrationsspezifischem Wissen sowie das Erwerben von Handlungskompetenzen durch geeignete Kommunikations- und Konfliktstrategien (vgl. Handschuck und Klawe 2006, S. 45). In diesem Zusammenhang sind kontinuierliche *Fort- und Weiterbildungen* erforderlich (vgl. Machleidt et al. 2006, S. 35). Die *Sonnenberger Leitlinien* fordern als dritten Punkt die *Verbesserung der Information durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren* über die Versorgungsangebote (vgl. ebd.). In diesem Sinne ist ein nächster Schritt für die interkulturelle Öffnung die Berücksichtigung von Mehrsprachigkeit. Bei der Umsetzung des Mehrsprachigkeitsangebotes bestehen folgende Möglichkeiten: übersetzte Materialien oder Piktogramme/Bilder, DolmetscherInnen und mehrsprachige MitarbeiterInnen (vgl. Behrens 2011, S. 76). Es sollte jedoch nicht nur die rein sprachliche Ebene berücksichtigt werden, sondern ebenso kulturspezifische Kommunikationsformen und Tabus (vgl. Robert-Koch-Institut, 2008, S. 109). Daher sollte zunächst geprüft werden, welcher Bedarf an Sprachen gedeckt werden muss. Im

Jahr 2008 beispielsweise wurde in der Hälfte aller Fälle Türkisch als Sprache angefordert (vgl. Robert-Koch-Institut 2008, S. 114).

Ein niederschwelliges Hilfsmittel zur Verständigung sind mehrsprachige Medien und Informationsmaterialien. Sie machen den interkulturellen Öffnungsprozess nach innen und außen deutlich und öffnen somit einen wichtigen Zugang für MigrantInnen (vgl. Behrens 2011, S. 77). Die Betroffenen können sich mithilfe der mehrsprachigen Materialien über Angebote und Fachdienste informieren, werden dadurch angesprochen und können so niederschwellige Angebote wahrnehmen. Piktogramme können in Beratungsgebäuden selbst hilfreich sein, indem sie, ohne dass eine gemeinsame Sprache erforderlich ist, als Orientierung dienen und Wege/Richtungen weisen (vgl. ebd., S. 78).

Nach den *Sonnenberger Leitlinien* gibt es eine vierte Forderung nach *psychologisch geschulten FachdolmetscherInnen* (vgl. Machleidt et al. 2006, S. 34). Dies hat den Vorteil, dass diese durch die Professionalität und Neutralität bestmögliche Chancen für eine Verständigung geben. Allerdings ist der Einsatz dieser FachdolmetscherInnen mit finanziellem Aufwand verbunden. In der ambulanten Versorgung gibt es noch keine Finanzierungssicherheit, da Krankenkassen diese nicht übernehmen. Es haben sich daher sogenannte *Gemeindedolmetscherdienste* gebildet. Ehrenamtliche GemeindedolmetscherInnen unterstützen die Verständigung in der gesundheitlichen Versorgung mit Hilfe sozial und psychologisch geschulter, professioneller und semiprofessioneller DolmetscherInnen nach einheitlichen Kosten- und Qualitätsstandards (vgl. Robert-Koch-Institut 2008, S. 114). Da sich die psychosoziale Beratung sehr persönlichen Themen und z. B. Problemen der Familie annimmt, spielen kulturelle und religiöse Aspekte oftmals eine große Rolle. Daher erscheint es Bischoff wichtig, dass FachdolmetscherInnen bevorzugt werden, wenn es sich um ein komplexes Thema handelt oder wenn kulturelle und religiöse Aspekte von großer Bedeutung sind (vgl. Bischoff, Steinauer, Kurtz. 2007, S. 66).

Eine fünfte Sonnenberger Leitlinie ist die *Vernetzung der Dienste der Regelversorgung mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten* (vgl. Machleidt et al. 2006, S. 35). Eine Vernetzung ist hilfreich, z. B. um Ressourcen zu bündeln und auszutauschen, Hilfeprozesse zu optimieren, die Angebote zu erweitern und die Transparenz der Angebote und Maßnahmen zu erhöhen (vgl. Caritas 2006, S. 87). Zu klären wäre zunächst, welche Vereine, Organisationen, Einrichtungen und Migrationsdienste es im Einzugsgebiet gibt und welche Angebote für MigrantInnen bereitgestellt werden. Dann kann die Versorgung untereinander abgestimmt und können Ressourcen gebündelt werden (vgl. Behrens 2011, S. 79). Auch die besondere Unterstützung und Begleitung von *Selbsthilfegruppen* ist von großer Bedeutung (vgl.

Machleidt et al. 2006, S. 35). Die Bedeutung effektiver Vernetzungsarbeit kann am Beispiel der Gründung eines *interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes* in Bremen aufgezeigt werden, da sich die Art und Weise der Vernetzung auch auf andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, wie z. B. die psychosoziale Versorgung, beziehen lässt. Seit 2007 gibt es die Arbeitsgruppe „Interkulturelle Öffnung der Bremer Kliniken“, die das Ziel verfolgt, die „begonnene Sensibilisierung für die interkulturelle Öffnung zu vertiefen und Bremer Kliniken bei ihrer interkulturellen Öffnung aktiv zu unterstützen“ (vgl. Mayer und Vanderheiden 2014, S. 527). Sie stehen in Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Organisationen. In dieser Arbeitsgruppe engagieren sich nun mehr als 50 Einzelpersonen, sowie Mitarbeitende aus zahlreichen MigrantIn- und Wohlfahrtsverbänden, Kliniken und Pflegediensten und bilden das interkulturelle Gesundheitsnetzwerk. Vertreten ist zudem der Rat für Integration, die für Integration und Gesundheitsversorgung zuständige Senatsbehörde, sowie Forschungseinrichtungen der Uni Bremen (vgl. ebd.). Durch diese breite Vernetzung ist ein besserer Informationsfluss zwischen allen Beteiligten möglich und eine Transparenz der verschiedenen Aktivitäten. Neben dem Arbeitskreis „Interkulturelle Öffnung der Bremer Kliniken“ entstanden weitere spezifische Arbeitskreise. Die Arbeit des *interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes* wird ergänzt durch themenspezifische Veranstaltungen, die die MitarbeiterInnen des Netzwerkes besuchen, um danach die Informationen in ihre Einrichtung tragen zu können (vgl. Mayer und Vanderheiden 2014, S. 528).

Doch das *interkulturelle Gesundheitsnetzwerk* bekommt nur geringe Unterstützung von Behörden und Gremien. Diese jedoch haben wichtige Entscheidungs- und Durchsetzungsfunktionen inne, wenn es sich beispielsweise um Entscheidungsträger aus Kliniken handelt. Somit kommt die Veränderung im Gesundheitswesen nur schwer voran (vgl. Mayer und Vanderheiden 2014, S. 529).

Schließlich fordern die *Sonnenberger Leitlinien* die *Sicherung von Qualitätsstandards* für die Begutachtung von MigrantInnen im Straf- Zivil- und Sozialrecht. Dies soll, wenn nötig, eine individuelle Rechtsberatung sicher stellen oder vermitteln können (vgl. Machleidt et al. 2006, S. 36).

Ein letzter essentieller Schritt für die Umsetzung der interkulturellen Öffnung ist die *Öffentlichkeitsarbeit*. Die Öffentlichkeitsarbeit nimmt die Rolle einer Vermittlerin nach innen (MitarbeiterInnen) und nach außen (Klientel, Politik, Gesellschaft) ein. Sowohl die interne als auch die externe Öffentlichkeitsarbeit muss ein interkulturelles Verständnis fördern und vertiefen. Externe Öffentlichkeitsarbeit ist für interkulturelle Öffnungsprozesse von Institutionen ebenso wichtig, um in der Öffentlichkeit,

gegenüber MigrantInnen, den Medien und der Politik als Organisation bekannt gemacht zu werden, die sich dem Prozess der interkulturellen Öffnung stellt und ihre Tätigkeiten darauf ausrichtet. Die Öffentlichkeit und die Politik können so sensibilisiert und aufgeklärt werden. Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist es, neben den eben genannten Aspekten, die Akzeptanz der Integration von MigrantInnen als bedeutend in allen Bereichen zu etablieren (vgl. Caritas 2006, S. 72). Öffentlichkeitsarbeit erfordert eine Abkehr von der zumeist üblichen „Komm-Struktur“ und eine Verstärkung von „aufsuchenden“ gemeinwesenorientierten Ansätzen.

4.6 DIVERSITY MANAGEMENT UND INTERKULTURELLE ÖFFNUNG

Zuwanderung und ethnische Auseinandersetzungen stellen die moderne Gesellschaft vor neue Herausforderungen (vgl. Handschuck und Schröder 2011, S. 16). Interkulturelle Öffnung ist notwendig, um Strukturen, Angebote, Maßnahmen und Dienstleistungen an die Bedürfnisse einer ethnisch, sozial und kulturell vielfältigen Gesellschaft anzupassen und bestehende Barrieren abzubauen. Damit kann die Teilhabe von MigrantInnen am gesellschaftlichen Leben und die Nutzung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten ermöglicht werden. Entscheidend für ein respektvolles Miteinander ist somit der adäquate Umgang mit Vielfalt. Neben dem Konzept der interkulturellen Öffnung existiert noch ein weiteres, schon seit einiger Zeit etabliertes Konzept: das *Diversity Management*. Es fokussiert ebenfalls die menschliche Vielfältigkeit und deren Wertschätzung, jedoch in einem anderen Zusammenhang als das Konzept der interkulturellen Öffnung.

Es gibt keine einheitliche Definition von Vielfalt und daher existiert eine große Spannweite an Konzepten von Diversity. Im Folgenden wird sich auf ein Diversity-Modell von Gardenswartz und Rowe (1995) bezogen, das eine der bekannteren Modelle darstellt (vgl. Franken 2015, S. 34). Es sieht den Menschen in vier Dimensionen:

1. Individuelle Persönlichkeit eines Menschen, die ihn einzigartig macht, trotz möglicher Gemeinsamkeiten mit anderen Menschen.
2. Interne Dimensionen, die nicht, bzw. kaum änderbar sind, wie Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, physische Fähigkeiten.
3. Externe Dimensionen, die eine Person stark beeinflussen, sich aber ändern können, wie beispielsweise der Wohnort, das Einkommen oder die geographische Lage.

4. Organisationale Dimensionen, die durch entsprechende Zugehörigkeit zu einer Organisation bestimmt werden, wie beispielsweise der Arbeitsort, die Abteilung und die Funktion.

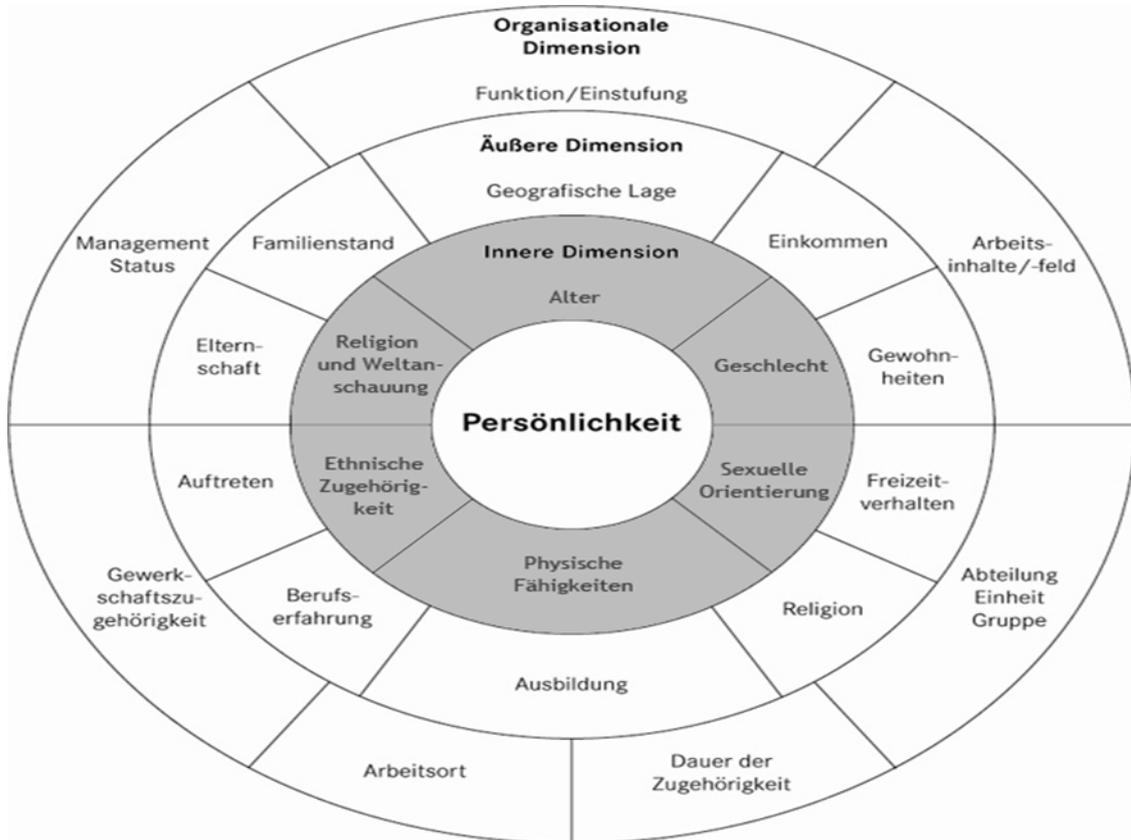


Abbildung 2: Diversity Modell (Gardenswartz und Rowe 1994), zitiert aus der Charta der Vielfalt (vgl. Charta der Vielfalt 2011).

Das Modell der unterschiedlichen Merkmale macht deutlich, wie viele Dimensionen und Möglichkeiten es gibt, verschieden zu sein. Die Merkmale beschreiben sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zwischen Menschen. So können Menschen durch bestimmte Merkmale, wie beispielsweise Alter oder Geschlecht, begünstigt sein, andere aufgrund dessen benachteiligt. Ziel des Diversity-Gedanken soll demnach die Ermöglichung von gesellschaftlicher Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben durch die Anerkennung von Verschiedenheit sein.

Die internen Dimensionen, also jene Merkmale, die gegeben und daher unveränderbar sind, werden auch als Kerndimensionen bezeichnet und spielen nach Mayer und Vanderheiden in der Debatte um Diversity-Konzepte eine entscheidende Rolle. Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes § 1 (AGG), handelt es sich hierbei um Merkmale, derentwegen eine Benachteiligung nicht statthaft ist. Sie betreffen die ethnische Herkunft, das Geschlecht, die Religion, physische Fähigkeiten, die sexuelle Orientierung und das Alter.

Seine Ursprünge hat das Diversity Management vor allem im Human-Resources-Management wie es in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde, wonach die Ressource Mensch ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist (vgl. Handschuck und Schröder 2011, S. 51) und zeigt damit eine Nähe zu marktorientierten Wirtschaftsunternehmen. Die Besonderheit und ein großer Vorteil des Diversity Managements liegt in dem ganzheitlichen Ansatz, der umfassend die gesamte Vielfalt einer pluralistischen Gesellschaft beschreibt (vgl. Handschuck und Schröder 2011, S. 52). Neben dem Konzept des Diversity Managements steht das Konzept der interkulturellen Öffnung, deren Ziel vor allem mehr soziale Gerechtigkeit ist. Beide Konzepte verfolgen jedoch im Kern dasselbe Ziel: die gleichberechtigte Teilhabe von Minderheiten, bzw. MigrantInnen. Daher sollen im Folgenden beide Konzepte miteinander verglichen werden um aufzuzeigen, ob und inwieweit der ganzheitliche Ansatz des Diversity Managements auf das Konzept der interkulturellen Öffnung anzuwenden ist.

Schröder stellt die Strategie wirtschaftlicher Unternehmen und die der Sozialen Arbeit gegenüber, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen.

Die Herkunft der beiden Konzepte verweist auf grundlegende *Unterschiede in Funktion und Ziel*. Da die interkulturelle Öffnung ihren Ursprung in der Sozialen Arbeit hat, stehen hier Ziele, wie beispielsweise soziale Gerechtigkeit, Gleichbehandlung von Minderheiten, gleichberechtigte Teilhabe und der damit verbundene Erhalt des sozialen Friedens sowie die Veränderung der Gesellschaft im Vordergrund. Das Diversity Management verfolgt eher wirtschaftliche Ziele. Menschliche Vielfalt wird zwar zu Gunsten der MitarbeiterInnen anerkannt und wertgeschätzt, jedoch wird die Gestaltung der Vielfalt als Mittel zum Zweck für die Positionierung am Markt und den Erfolg des Unternehmens genutzt. Anders ist es bei der interkulturellen Öffnung. Hier ist die Gestaltung von Vielfalt selbst der Zweck (vgl. Schröder 2012, S. 10).

Ein ebenfalls großer Unterschied besteht in den *Machtaspekten*, die unterschiedlich berücksichtigt werden. Schröder merkt an, dass der Machtaspekt im Konzept des Diversity Managements „eher verdeckt“ bleibt. Es wird nicht thematisiert, dass es um handelnde Personen geht, die als VertreterInnen der Mehrheitsgesellschaft Macht haben und ausüben (vgl. Schröder 2009, S. 207). So haben beispielsweise Männer gegenüber Frauen, Vorgesetzte gegenüber MitarbeiterInnen oder Deutsche gegenüber MigrantInnen Macht inne, was unter anderem den Status, die Rechtsungleichheit und das Wohlstandsgefälle betrifft (vgl. Auernheimer 2009, S. 198). Das Konzept der interkulturellen Öffnung analysiert Machtverhältnisse, Ausgrenzungsmechanismen und Machtasymmetrien im Kontakt mit NutzerInnen, bzw. MigrantInnen. Erst wenn diese klar erkannt und benannt werden können, ist es

möglich, an deren Abbau und Vermeidung zu arbeiten, um eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen zu können (vgl. Schröder 2012, S. 7).

Eine Gemeinsamkeit liegt in den *Vielfaltsdimensionen*, die allerdings unterschiedliche Gewichtung finden. So berücksichtigt das Konzept des Diversity Managements alle diskriminierungsrelevanten Faktoren. Interkulturelle Öffnung wird als Teil-, bzw. Einzelstrategie verstanden, die ihren Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund und deren ethnische Herkunft legt (vgl. Schröder 2007a, S. 28). Eine weitere Gemeinsamkeit liegt in der *Zielgruppe*, denn es handelt sich in beiden Strategien um NutzerInnen und MitarbeiterInnen, die an der Umsetzung beteiligt sind. Bei der Zielgruppe der interkulturellen Öffnung handelt es sich um Menschen, die neben allen anderen Verschiedenheiten die Besonderheit *Migrationshintergrund* haben (vgl. Schröder 2007a, S. 9). Zudem handelt es sich sowohl bei der interkulturellen Öffnung als auch beim Diversity Management um Querschnittsaufgaben, die die gesamte Organisation, also Vorgesetzte, MitarbeiterInnen und NutzerInnen, betrifft und einbezieht. Demnach haben beide Strategien entsprechende Methoden und Instrumente gemeinsam. Diese umfassen unter anderem eine Leitbildentwicklung, Zielentwicklungen, Bestandsaufnahme, Führungsverantwortung, Vermittlung von interkultureller Kompetenz und Controlling (vgl. Schröder 2009, S. 208).

Schröder hält fest, dass Diversity Management als „Dach“ zu verstehen ist, das eine umfassende Gesamtstrategie entwickelt, die die menschliche Vielfalt umfassend beschreibt und alle diskriminierungsrelevanten Faktoren berücksichtigt. Nach Schröder darf es jedoch nicht als Einheitskonzept verstanden werden, das allen Dimensionen von Vielfalt in den Organisationen mit einheitlichen Maßnahmen begegnen möchte. Der Gleichheitsgrundsatz lautet: Ungleiches muss auch unterschiedlich behandelt werden (vgl. Schröder 2007a, S. 28). Daher sind individuelle Einzelstrategien, wie beispielsweise die interkulturelle Öffnung, die für Kerndimensionen von Verschiedenheit ausgearbeitet und umgesetzt werden, nach wie vor von großer Bedeutung (vgl. ebd.).

4.7 STAND DER UMSETZUNG INTERKULTURELLER ÖFFNUNG

Für Menschen mit Migrationshintergrund werden vielfach Barrieren in der psychosozialen Versorgung beschreiben, sowie eine Unter- und Fehlversorgung diskutiert. Vor diesem Hintergrund wird die interkulturelle Öffnung seit vielen Jahren gefordert, ist inzwischen im nationalen Integrationsplan umgesetzt ²¹ und hat in den

²¹ Siehe: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Archiv16/Artikel/2007/07/Anlage/2007-10-18-nationaler-integrationsplan.pdf?_blob=publicationFile.

Integrationsgesetzen der Bundesländer Berlin und Nordrhein-Westfalen Eingang gefunden (Penka, Faißt, Vardar et al 2015). In Deutschland liegen jedoch nur wenige Studien zur interkulturellen Öffnung vor (Möske, Gill-Martinez, Schulz 2013, Odening, Jeschke, Hillebrand et al 2013). Schröder stellt wesentliche Pfeiler des interkulturellen Öffnungsprozesses dar, wissenschaftsbasierte Standards für die Implementierung in der Praxis liegen jedoch nicht vor (Penka 2016, S. 6). Eine Arbeitsgruppe um Simone Penka (Penka et al 2015, Penka 2016) hat dies zum Anlass für eine eigene empirische Untersuchung genommen. Sie entwickelten auf der Basis einer Delphi-Expertenbefragung und einer Pilotstudie ein semistrukturiertes Erhebungsinstrument (IKÖ_P1) und führten eine systematische Befragung zur interkulturellen Öffnung der psychosozialen Regel-Versorgung in Berlin-Mitte durch ²². Von insgesamt 138 Institutionen wurde eine hohe Rücklaufquote mit 92 % erreicht.

Die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund ist aufgrund fehlender nationaler Erhebungen unklar (Penka 2016, S. 4). Um von einem adäquaten Zugang zu Versorgungsangeboten ausgehen zu können, sollte die Inanspruchnahme in etwa dem Bevölkerungsanteil entsprechen. Ausgehend von der Annahme, dass Menschen mit Migrationshintergrund mindestens genauso häufig von psychischen Erkrankungen betroffen sind, wie die Allgemeinbevölkerung, weisen Inanspruchnehmende psychosozialer Beratungsangebote mit Migrationshintergrund wahrscheinlich eine deutliche Unterrepräsentation auf. Dies hängt u. a. von der Definition und Erhebung ab. Etwa 2/3 der Einrichtungen hatten Daten zur Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund vorliegen. Die Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund war jedoch schwer zu vergleichen, da mindestens 13 verschiedene Definitionen für den Migrationsstatus verwendet wurden (Penka et al 2015) oder ganz auf die Erhebung des Migrationsstatus verzichtet wurde. Wird explizit nach einem Migrationshintergrund gefragt könne dies als stereotypisierend, diskriminierend und ausgrenzend empfunden werden. Adäquate Aussagen zur Inanspruchnahme sind daher schwer möglich.

In ca. 38 % der Einrichtungen der Regelversorgung wurde die interkulturelle Öffnung von der Leitung gefördert. Ein/e Integrationsbeauftragte/er war nur in einer Einrichtung implementiert, in 13 % gab es einen Verantwortlichen für interkulturelle Öffnung. Die explizite Aufforderung, Personen mit Migrationshintergrund mögen sich auf eine Stelle bewerben, wurde in 35 % zumindest manchmal eingesetzt. Der Anteil der MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund lag bei durchschnittlich 13,6 %. (Penka et al 2015). Circa 13 % der Inanspruchnehmenden mit Migrationshintergrund hatten

²² Ohne migrantenspezifische Einrichtungen.

keine ausreichenden Deutschkenntnisse aber 69 % der Einrichtungen hatten bisher noch nie professionelle DolmetscherInnen hinzuzogen (ebd.).

Weitere wichtige Ergebnisse (Penka et al 2015, Penka 2016):

- 91 % der Einrichtungen berücksichtigten Kultur- und religionspezifische Speisen
- 88,3 % eine genderspezifische Versorgung
- 19 % der nicht migrantenspezifischen Einrichtungen verfügten über ein migrantenspezifisches Angebot
- Mehrsprachiges Infomaterial wurde in ca. 40 % zur Verfügung gestellt, in 15 % mehrsprachige Beschriftungen, nicht-deutschsprachige Medien lagen in 12,5 % aus
- 70 % der Mitarbeiter hatten an mind. einer spezifischen Fortbildung teilgenommen
- 41 % der Einrichtungen setzten mind. eine migrantenspezifische Strategie in der Öffentlichkeitsarbeit um, 10 % der Einrichtungen setzten alle der dargestellten Angebotsmerkmale ein
- Eine aufsuchende Arbeit in Migrantenorganisationen wurde in 10 % eingesetzt
- 51 % aller (sozial)psychiatrischen Angebote hatten keine Maßnahmen ergriffen
- 38,6 % der Einrichtungen setzten keine der insgesamt sieben Strategien migrantenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit ein, 33 % hatten zumindest überwiegend migrantenspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen implementiert.

Während die Interkulturelle Öffnung im Leitbild und in der Konzeption in ca. der Hälfte der Einrichtungen der Regelversorgung Eingang gefunden hat²³, ist die Umsetzung bisher nur teilweise gelungen (ebd.). Insbesondere strukturelle Veränderungen durch das Konzept wurden selten umgesetzt (z. B. migrantenspezifische Angebote, Öffentlichkeitsarbeit, Übersetzung von Schildern, Webseiten oder Informationsmaterialien über das Angebot). Da Anamnese, Diagnostik und Therapie in der psychiatrischen und psychotherapeutischen oder beratenden Versorgung ohne Verständigungsmöglichkeiten kaum einsetzbar sind, ist das Arbeiten mit professionellen DolmetscherInnen ein wichtiger Schritt zur interkulturellen Öffnung, wird jedoch nur selten eingesetzt (ebd.). Dies weist auf eine Schwäche des Konzepts hin. Nach diesem Modell werden die einzelnen Institutionen in den Vordergrund gestellt, die strukturellen Rahmenbedingungen jedoch nur implizit mitgedacht (z. B. Finanzierungsstrukturen für Dolmetscher).

²³ Ohne Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, ambulante Psychiater, Psychotherapiepraxen, Wohnungslosenhilfe.

Themen der interkulturellen Öffnung und Beispielfragen des Erhebungsinstrumentes

1. Verankerung der interkulturellen Öffnung/interkulturellen Kompetenz von Mitarbeitenden in Konzeption bzw. Leitbild

z. B.: Wenn Ihre Einrichtung eine Konzeption/ ein Leitbild vorliegen hat, ist dabei die interkulturelle Öffnung verankert?

2. Berücksichtigung von Bewerbenden mit Migrationshintergrund in Stellenausschreibungen und Einstellungspraxis

z. B.: Wenn Ihre Einrichtung in den letzten 4 Jahren eine Stelle ausgeschrieben hat, die der Versorgung von Klienten/Patienten dient, wurden dabei Menschen mit Migrationshintergrund explizit aufgefordert, sich zu bewerben?

3. Mitarbeiterschaft mit Migrationshintergrund

z. B.: Wie viele Mitarbeitende mit Migrationshintergrund waren im letzten Jahr beschäftigt? (aufgeteilt nach Festangestellte, Honorarkräfte, Psychologen im Praktikum, unbezahlte Kräfte)

4. Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund

z. B.: Wie viele Klienten/ Patienten mit Migrationshintergrund haben Ihre Angebote im letzten Jahr genutzt?

5. Migrantenspezifische Nachsorgekonzepte

z. B.: Wenn in Ihrer Einrichtung spezifische Nachsorgekonzepte existieren, beinhalten diese auch Kontakte zu interkulturellen bzw. migrantenspezifischen Einrichtungen/ Beratungs- und Behandlungsangeboten?

6. Migrantenspezifische Angebote im Einrichtungsablauf

z. B.: Bieten Sie in Ihrer Einrichtung spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund an?

7. Migrantenspezifische Ausstattung und Angebote

z. B.: Hat Ihre Einrichtung folgende Ausstattungs- und Angebotsmerkmale? in frei zugänglichen Bereichen (wie z. B. Warte-, Aufenthalts- und Besucherbereiche) nicht deutschsprachige Zeitschriften und Zeitungen, visuelle Beschriftung in verschiedenen Sprachen vor bzw. in Ihrer Einrichtung, Räume für Religionsausübung, Bereitstellung von religionsspezifischen Speisen, Besucherbereich für mehr als 2 Besuchende, Berücksichtigung nichtchristlicher Feste (Opferfest, Schabat usw.) im Einrichtungsablauf, genderspezifische Betreuung

8. Sprachliche Verständigung (Anzahl Nichtdeutschsprachiger, Einsatz professionell Dolmetschender, Kulturmediation, nichtdeutsche Muttersprach- sowie Fremdsprachenkenntnisse usw.)

z. B.: Wie hoch war im letzten Kalenderjahr der Anteil an Personen unter Inanspruchnehmenden mit Migrationshintergrund, mit denen die Versorgung/Betreuung/Behandlung in deutscher Sprache nicht möglich war? Bitte geben Sie eine prozentuale Schätzung an

9. Fortbildungen, interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Teamarbeit (Teilnahme an Fortbildungen, Aufforderung durch Leitungsebene zur Teilnahme, interkulturelle Kompetenz von Mitarbeitenden, Berücksichtigung migrantenspezifischer Themen in Supervision und Fallbesprechungen usw.)

z. B. Werden die Mitarbeitenden Ihrer Einrichtung von Ihrer Leitung regelmäßig aufgefordert, an derartigen Fortbildungen teilzunehmen?

10. Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund in Bedarfserhebung und -planung

z. B. Welche der folgenden Maßnahmen finden in Ihrer Einrichtung/ Station zur Sicherung Ihrer Versorgungsqualität statt?: Dokumentation/Statistik, Mitarbeitendenbefragung, Klientenbefragung, Fallbesprechung, Supervision

11. Migrantenspezifische Informationsmaterialien und -wege

z. B. Haben Sie in Ihrer Einrichtung folgende Informationsmaterialien und -wege?: Schriftliche Infobroschüren über Ihre Einrichtung in verschiedenen Sprachen, mehrsprachige Informationen zu Ihrer Einrichtung auf Ihrer Website, mehrsprachige Patienten-/Klienteninformationen in verschiedenen Sprachen, Bekanntmachung der Angebote in „Migranten- Communities“ bzw. aufsuchende Arbeit, migrantenspezifische Multiplikatoren, Infokampagnen in enger Zusammenarbeit mit Einrichtungen oder Schlüsselpersonen von „Migranten-Communities usw.

12. Empowerment/Partizipation (Unterstützung beim Aufbau von und Vermittlung zu Selbsthilfegruppen von Menschen mit Migrationshintergrund, Klienten-/Patientenfürsprecher usw.)

z. B.: Wenn es in Ihrer Einrichtung eine Anlaufstelle oder eine Ansprechperson für Patienten/Klienten gibt, wie z. B. Patientenfürsprecher oder Ombudsmann, werden hier auch spezifische Anliegen von Migranten unterstützt?

13. Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen

z. B. : Existieren Kooperationen mit Institutionen oder Fachkräften, die im Bedarfsfall an Patienten/Klienten mit Migrationshintergrund vermittelt oder hinzugezogen werden können, (wie z. B. auf Migranten spezialisierte Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, Migrantenverbände, -organisationen)?

14. Interkulturelle Öffnung als Leitungsaufgabe (Förderung und Forcieren durch Leitungsebene, Person mit Migrationshintergrund in Leitungsebene, Integrationsbeauftragter in Einrichtung)

z. B.: Wird die interkulturelle Öffnung mit allen Facetten in Ihrer Einrichtung/ Station von der Leitungsebene aus gefördert und vorangetrieben?

Abbildung 3: Themen (nach Penka et al 2015).

Penka (2016) empfiehlt die Abbildung der Inanspruchnahme durch Befragungen der Inanspruchnehmenden selbst, sowie mehrsprachige Erhebungsinstrumente, einschließlich Aussagen zur selbst eingeschätzten Deutschkompetenz. Um einer Ethnisierung von Sozialem Einhalt zu geben sind Merkmale wie Bildung, Einkommen, etc. mit zu erheben. Eine Beurteilung des Stands der interkulturellen Öffnung und der Inanspruchnahme von Einrichtungen im Speziellen ist ohne Berücksichtigung (gesellschafts-)politischer Barrieren der Umsetzung und sozialer Ausschließung zu kurz gegriffen und einseitig (Penka 2016, S. 22).

5. FAZIT UND AUSBLICK

Die eingangs formulierte Zielsetzung war eine Grundlage für die Bewertung des aktuellen Standes der interkulturellen Öffnung der Institutionen psychosozialer Versorgung zu erstellen. Die Anforderung an die Arbeit, eine theoretische Grundlage zu erarbeiten, die alle MigrantInnen einbindet, bildet zugleich ihre größte Limitation. Die Forderung einer Umsetzung der interkulturellen Öffnung ist die Reaktion darauf, dass MigrantInnen häufig einen erschwerten Zugang zu sozialen Regeldiensten, wie beispielsweise dem psychosozialen Versorgungssystem, haben (vgl. Baschin et al. 2012, S. 7). Hervorzuheben ist, dass in Deutschland etwa jeder fünfte Mensch einen Migrationshintergrund hat und auch der aktuelle Zustrom der ZuwanderInnen die Notwendigkeit einer Umsetzung der interkulturellen Öffnung deutlich macht (vgl. Statistisches Bundesamt 2015b).

Weiterhin sind Studien notwendig, die den Bedarf an psychosozialen Versorgungsangeboten von Menschen ohne Aufenthaltstitel untersuchen. Ebenso erscheint es notwendig, Studien über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung durchzuführen (vgl. Behrens 2011, S. 40). Dies wäre ein wichtiger Schritt für eine gelingende Integration. Doch die Berücksichtigung und Umsetzung der Handlungsstrategien interkultureller Öffnung alleine wird nicht ausreichen, um die gleichberechtigte Teilhabe von MigrantInnen ermöglichen zu können. Außerdem widmet sich das Konzept der interkulturellen Öffnung primär einem Verschiedenheitsmerkmal: der ethnischen Zugehörigkeit. Es gibt jedoch noch weitere Verschiedenheitsmerkmale, wie beispielsweise Alter, sexuelle Orientierung und Behinderung (vgl. Gardenswartz und Rowe 1994), die in diesem Konzept zwar nicht ausgeschlossen werden, jedoch nicht im Fokus stehen. Um MigrantInnen in all ihren Verschiedenheiten respektvoll und adäquat begegnen zu können, erscheint es sinnvoll, neben dem Konzept der interkulturellen Öffnung weitere spezifische Konzepte, die sich

beispielsweise mit Gender-, oder Aspekten der sexuellen Orientierung befassen, zu erarbeiten.

Die interkulturelle Öffnung einzelner Institutionen kann nur dann gelingen, wenn sie als Querschnittsaufgabe verstanden wird und sowohl auf Führungs- (top-down), als auch auf Mitarbeiterebene (bottom-up) gewollt ist (vgl. Behrens 2011, S. 61). Um interkulturelle Öffnung für alle Institutionen und Organisationen verpflichtend zu machen, muss sie sowohl auf politischer Ebene, als auch auf institutioneller Ebene durchgesetzt werden. Wichtig zu erwähnen ist an dieser Stelle das neue Integrationsgesetz, das im Mai beschlossen wurde. Ziel soll die Erleichterung des Zugangs zum Arbeitsmarkt für MigrantInnen sowie ihre Integration in die Gesellschaft sein. Allerdings weist das neue Gesetz einige Maßnahmen auf, die gerade die Integration erschweren, bzw. behindern könnten, wie beispielsweise die Verhängung von Sanktionen bei Ablehnung von Integrationsmaßnahmen sowie die Zuweisung des Wohnortes für MigrantInnen in Deutschland (vgl. Pro Asyl 2016). Es werden Beschränkungen statt Öffnungen vorgenommen. Einen Anspruch auf Integrationsmaßnahmen haben zudem nicht alle Schutzsuchenden, sondern nur AusländerInnen, die die Anforderungen nach § 44 Abs. 1 erfüllen. Es ist daher dringend notwendig, Integrationsmaßnahmen für alle Schutzsuchenden zu öffnen, wie es Pro Asyl bereits im Jahr 2015 forderte (Pro Asyl 2015b), und weitere Maßnahmen zu etablieren, wie beispielsweise die interkulturelle Öffnung von öffentlichen Institutionen.

Nur selten wird die Perspektive der betroffenen Klienten in die Diskurse über interkulturelle Öffnung der Versorgung einbezogen. Daher bleibt die Frage offen, welche Erfahrungen machen Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in der psychosozialen Versorgung in Deutschland? Steinhäuser und Kollegen wählten einen qualitativen Forschungsansatz um diese Frage zu beantworten. Sie führten elf (leitfadengestützte) Interviews, mit offenen erzählgenerierenden Fragen zum Themenfeld. Die Teilnehmenden waren 24-59 Jahre alt, kamen aus sieben verschiedenen Ländern, waren selbst migriert oder gehörten der zweiten Einwanderergeneration an. Sie zeigten unterschiedliche Grade an Deutschkenntnissen und wurden in einer oder mehreren der nachfolgenden Einrichtungen behandelt: Psychiatrie ambulant, stationär, Beratungsstellen, Ergotherapie, ambulante Psychotherapie (Steinhäuser et al 2016). Wie die Interviewten die psychosoziale Versorgung erlebten, scheint in die grundlegende Erfahrung eingebettet zu sein „nicht dazuzugehören“, bzw. sich erst einen Platz erkämpfen zu müssen. Der Zugang zu psychosozialer Versorgung erfolgte aus folgenden Gründen erst spät (ebd.):

- Vorbehalte und Ängste (z. B. Sorgen stigmatisiert zu werden, nicht dazuzugehören, nicht verstanden zu werden)
- Fehlende Wahlmöglichkeiten und mangelnde Aufklärung (z. B. lange Wartezeiten, Versorgungsangebote, auch fehlendes Wissen über eigene Rechte)
- Mangelndes Wissen (z. B. Gesundheitswissen)

Die Teilnehmenden berichteten als positive Erfahrungen in der Behandlung:

- Das Bemühen der Behandler spüren und ernst genommen werden
- Einen „menschlichen“ Behandler erleben
- Begleitet zu werden und Zugehörigkeit erleben (z. B. durch Kontakt zu anderen Betroffenen, Interesse an der Kultur und persönlicher Weltsicht)
- Neues erfahren und zu neuen Erkenntnisse zu gelangen

Als problematisch wurde angegeben: ein technologisches Vorgehen (z. B. schematisches Vorgehen erzeuge Einsamkeit, viele Formulare ausfüllen, mangelhafte Aufklärung), Verständigungsprobleme (selten reine Sprachprobleme, eher kulturell bedingte Grenzen der Verständigung, Ablehnung von DolmetscherInnen als störende Dritte), Ausgrenzungserfahrungen (Bestätigung von Erfahrungen der Diskriminierung). Es lagen zu selten Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen vor.

Spezialangebote wurden überwiegend kritisch gesehen oder abgelehnt. Als unerwünschte Nebeneffekte wurde die Betonung von Ausgrenzung gesehen, dies widersprach dem Bedürfnis zugehörig sein zu wollen. „Es geht also aus Sicht der Betroffenen darum, Unterschiede möglichst klein zu halten“ (Steinhäuser et al 2016, S. 35). In dieser Untersuchung machten die Befragten besonders auf strukturellen Defizite im Versorgungssystem aufmerksam: geringe Kapazitäten, Zeitdruck, wenig Bildungs- und Präventionsangebote. Neigte man aus professioneller Sicht dazu die Fehlversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund auf sprachliche oder kulturelle Barrieren zu attribuieren, scheinen die Befragten diesen Faktoren weniger Bedeutung beizumessen (ebd., S. 35). Sie äußerten keinerlei spezifische Wünsche bezogen auf die Herkunft der Behandler, auch Fremdsprachenkenntnisse wurden nicht erwartet. Die Ergebnisse passen zu Forschungsergebnissen aus der jüngeren Psychotherapieforschung. Diese betont die therapeutische Beziehung, die Rolle von Empathie, einem Standpunkt des interessierten Nicht-Wissens in Bezug auf die kulturelle und persönliche Weltsicht, sowie die Aufklärung über Behandlungsabläufe. Letzteres ist notwendig für eine Übereinstimmung in Zielen und Aufgaben (vgl. Brockmann et al 2010). Kritik und Bedürfnisse der befragten KlientInnen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich danach von Klienten ohne

Migrationshintergrund weniger als erwartet. Die Befragten formulieren Kritik an grundsätzlichen Mängeln in der Gesundheitsversorgung/psychosozialen Versorgung. „Effektive Maßnahmen für eine verbesserte Versorgung setzen aus Sicht der Betroffenen viel früher an, als erst beim Zugang zur psychosozialen Versorgung: nämlich beim gleichberechtigten Zugang zu wichtigen gesellschaftlichen und sozialen Lebensbereichen (z. B. Zugang zu Bildung), wobei hier vor allem Politik und Gesellschaft noch stärker in die Verantwortung genommen werden müssten als einzelne Mitarbeiter des Gesundheitssystems“ (Steinhäuser et al 2016, S. 36).

LITERATUR

- Amt für multikulturelle Angelegenheiten Frankfurt (2015): Frankfurter Integrations- und Diversitätsbericht 2011-2014. www.vielfalt-bewegt-frankfurt.de/sites/default/files/medien/downloads/amka-integration-v1-finalansicht_0.pdf, zuletzt geprüft am 11.05.2016.
- Atkinson, R.; Flint, J. (2001): Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. Online verfügbar unter <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.html>, zuletzt geprüft am 21.05.2016.
- Auernheimer, G (2009): Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit. *Migration u Soziale Arbeit* 4:196–201.
- Baschin, K.; Ülsmann, D.; Jacobi, F.; Fydrieh, T. (2012): Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen. *Psychotherapeut* 57:7–14. DOI: 10.1007/s00278-011-0884-6.
- Behrens, B. (2011): Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Schriftenreihe des Interdisziplinären Zentrums für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM), Nr. 55. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Berkmann, L.F. & Melchior, M. (2008) Ein Modell für zukünftige Entwicklungen - wie Sozialpolitik durch Beeinflussung von gesellschaftlicher Integration und Familienstruktur die Gesundheit fördert. In: Siegrist J. & Marmot M.: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, Huber, Bern, S. 77-98.
- Bischoff, A.; Steinauer, R.; Kurtz, E. (2007): Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen. In: Peter Saladin (Hg.): *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. 2. Aufl. Bern, S. 65–67.
- Borde, T.; David, M.; Kantenich, H. (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus. Eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Das Gesundheitswesen* 64:476–485.
- Bosma, H. (2008) Sozioökonomische Gesundheitsunterschiede und die Rolle der Kontrollüberzeugungen. In: Siegrist J. & Marmot M.: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, Huber, Bern, S. 195-211.
- Brockmann, J.; Kirsch, H.; Hatcher, R.; Andreas, S.; Benz, S.; Sammet, I. (2010) Dimensionen der therapeutischen Beziehung aus Patienten-Perspektive. Entwicklung der ‚Skala Therapeutische Allianz-Revised‘ (STA-R). *Psychother Psych Med Psychol.* 60:1-8.
- Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000): Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=3114.html>, zuletzt geprüft am 22.05.2016.
- Bundesregierung (2016): Koalitionsausschuss am 13. April 2016. Eckpunkte Integrationsgesetz. Berlin. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj_m_d2WhOvMAhWCIMAKHRAcXMQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fdocs.dpaq.de%2F10653-eckpunkte_integrationsgesetz.pdf&usq=AFQjCNElKNvbO8Q81aO5-hNzy_e4RqGEXw, zuletzt geprüft am 21.05.2016.
- Bundestag (2004): Zuwanderungsgesetz. Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern. *Bundesgesetzblatt*. Hg. v. Bundestag. Bonn (41). Online verfügbar unter https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEWjbjbyq1urLAhVEGg4KHcDjB9oQFggsMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.bmi.bund.de%2FSharedDocs%2FGesetzestexte%2FDE%2FZuwanderungsgesetz.pdf%3F__blob%3DpublicationFile&usq=AFQjCNEhX-rHQaX3ympHpAON4e_aletdQ&cad=rja, zuletzt geprüft am 31.03.2016.
- Butterwegge, C. (2011): Zuwanderung in Deutschland. Eine historische Betrachtung des Wanderungsgeschehens und der Migrationspolitik. In: Thomas Kunz und Ria Puhl (Hg.): *Arbeitsfeld Interkulturalität. Grundlagen, Methoden und Praxisansätze der Sozialen Arbeit in der Zuwanderungsgesellschaft*. 1. Aufl. Weinheim, Juventa, S. 16–31.

- Caritas (2006): Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas; eine Handreichung. Freiburg i. Br.: DCV.
- Charta der Vielfalt (2011): Diversity-Dimensionen. Online verfügbar unter <http://www.charta-der-vielfalt.de/diversity/diversity-dimensionen.html>, zuletzt geprüft am 19.04.2016.
- Cheung, S. (2009) Asian American Immigrant Mental Health: Current Status and Future Directions. In: Chin J.P. (Ed) Diversity in mind and action Vol.1 pp 87-104. New York: Praeger Press.
- Erdem, F. (2011): Interkulturelle Kompetenz in der Sozialarbeit. Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) am Beispiel türkischer Migrantenfamilien in Berlin. Uelvesbüll: Der Andere Verl.
- Fischer, V. (2005): Interkulturelle Kompetenz. Fortbildung - Transfer - Organisationsentwicklung. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verl.
- Fischer, V. (2011): Interkulturelle Kompetenz. In: Veronika Fischer (Hg.): Handbuch Migration und Familie. Grundlagen für die Soziale Arbeit mit Familien. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verl. S. 334–358.
- Franken, S. (2015): Personal: Diversity Management. Wiesbaden.
- Friebertshäuser, B. (2000): Ethnographische Methoden und ihre Bedeutung für die Lebensweltorientierung. In: Werner Lindner (Hg.): Ethnographische Methoden in der Jugendarbeit. Zugänge, Anregungen, Praxisbeispiele. Opladen, S. 33–54.
- Gaitanides, S. (2001): Zugangsbarrieren von Migrant(innen) zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: Georg Auernheimer (Hg.): Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181–194.
- Galuske, M. (2007): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 7., erg. Aufl. Weinheim, München: Juventa.
- Gardenswartz, L.; Rowe, A. (1994): Diverse teams at work. Capitalizing on the power of diversity. Chicago: Irwin Professional Pub.
- Gesundheitsamt Frankfurt: Indikatoren für die Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste. [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2999&ffmpar\[_id_inhalt\]=24630](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2999&ffmpar[_id_inhalt]=24630), zuletzt geprüft am 11.05.2016.
- Grunwald, K.; Thiersch, H. (2008): Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Aufl. Weinheim, Juventa.
- Hahn, D. (2010): Prinzip Selbstverantwortung? Eine Gesundheit für alle? Verschiebungen in der Verantwortung für Gesundheit im Kontext sozialer Differenzierungen. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 46:29-50.
- Hamburger, Franz (1999): Von der Gastarbeiterbetreuung zur Reflexiven Interkulturalität. In: Migration und Soziale Arbeit (3/4), S. 33–38.
- Handschuck, S.; Klawe, W. (2006): Interkulturelle Verständigung in der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Weinheim: Juventa. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-0376-5>.
- Handschuck, S.; Schröer, H. (1997): Interkulturelle Kompetenz und Jugendhilfe. Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, S. 77–86.
- Handschuck, S.; Schröer, H. (2001): Interkulturelle Orientierung als Qualitätsstandard sozialer Arbeit. In: Georg Auernheimer (Hg.): Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 147–180.
- Handschuck, S.; Schröer, H. (2011): Interkulturelle Orientierung und Öffnung. Theoretische Grundlagen und 50 Aktivitäten zur Umsetzung. 1. Aufl. Augsburg.
- Herrschbach, P. (2002): Das Zufriedenheitsparadoxon in der Lebensqualitätsforschung. PPMp 52:141-150.c
- Hien, J. (2009) Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen? Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45:135-159.

- Schnelzer, T. (2015) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Erziehungsberatung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 64:33-37.
- Hurrelmann, K., Bauer, U.; Bittlingmayer, U.H. (2009) Health Inequalities: Ein Schicksal moderner Industriegesellschaften? *Jahrbuch kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 43:13-35.
- IQ Consult (2011): Denkanstöße. Organisationsentwicklung und interkulturelle Öffnung. Düsseldorf.
- Jungk, S. (2001): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste und Ämter- Eine Herausforderung für die Einwanderungsgesellschaft. In: Eckart Riehle (Hg.): *Interkulturelle Kompetenz in der Verwaltung? Kommunikationsprobleme zwischen Migranten und Behörden*. 1. Aufl. Wiesbaden: Westdt. Verl., S. 95-115.
- Kirsch, H. (2016): Migration und psychische Gesundheit. *Z.f.Individualpsychol.*41:147-159.
- Kleve, H. (2002): Differenz und Soziale Arbeit. *Neue Praxis* (5), S. 457-472.
- Köhler-Offierski, A. (2006): Migration, Identität und psychische Störung. In: Arnd Götzmann (Hg.): *Interkulturalität. Evangelische Hochschulperspektiven*. Freiburg, FEL Verl. S. 67-74.
- Kollak, I.; Rommelspacher, B. (Hg.) (2008): *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Kolip, P. (2009): Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 45:57-69.
- Kristenson, M. (2008) Sozioökonomische Lage und Gesundheit- die Rolle des Bewältigungsverhaltens. In: Siegrist J.; Marmot M. (2008): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, S. 163-194.
- Lewin, K. (1963): *Feldtheorie der Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Lucius-Hoene, G. (2010) Narrative Identität und Multiple Sklerose. In: *Forum Psychosomatik* 1/2010:12-21.
- Lucius-Hoene, G. (1998) Erzählen von Krankheit und Behinderung. In: *PPmP* 48:108-113.
- Machleidt, W.; Callies, I.T. (2005): Transkulturelle Psychiatrie und Migration - Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. In: *Die Psychiatrie - Grundlagen und Perspektiven* (2), S. 77-84.
- Machleidt, W.; Salman, R.; Callies, I.T.(Hg.) (2006): *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie; Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (Reihe Forum Migration, Gesundheit, Integration, Bd. 4).
- Mackenbach, J.P. (2008): Sozioökonomische Ungleichheiten in Westeuropa: Von der Beschreibung über die Erklärung zur Intervention. In: Siegrist J.; Marmot M. (2008): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*, S. 281-315.
- Marmot, M. (2004): Social Causes of Social Inequalities in Health. In *Public Health, Ethics and Equity*, ed. Anand, Peter & Sen, Oxford. P: 301-315.
- Mayer, C.-H.; Vanderheiden, E. (2014): *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck et Ruprecht.
- Menne, K. (2015): Psychotherapeutisch kompetente Erziehungsberatung - ihre Rahmenbedingungen und rechtlichen Grundlagen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 64:4-19.
- Möske, M.; Gill-Martinez, F.; Schulz, H. (2013): Cross-cultural Opening in German Outpatient Mental Health Care Services – An Explorative study of Structural and Procedural aspects. *J Clin Psychol Psychother* 20: 443-446.
- Odening, D, Jeschke, K.; Hillenbrand, D. et al (2013) Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. *VPP* 1: 53-73.

- Pauls, H. (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Penka, S. (2016): Die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten und Substitutionsbehandlungen in Berlin sowie stationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland. unveröffentlichte Diss. Charite- Universitätsmedizin Berlin.
- Penka, S., Faißt, H.; Vardar, A.; Borde, T.; Mösko M.O.; Dingoyen, D. Schulz, H.; Koch, U.; Kluge, U.; Heinz, A. (2015): Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung – Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. Psychother Psycho Med. DOI:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1549961>.
- Pro Asyl (2014): Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <https://www.proasyl.de/pressemitteilung/asylbewerberleistungsgesetz-abschaffen/>, zuletzt geprüft am 09.08.2016.
- Pro Asyl (2015a): Gesetzlich verordnete Lebensgefahr- Das deutsche Asylbewerberleistungsgesetz. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <https://www.proasyl.de/news/gesetzlich-verordnete-lebensgefahr-das-deutsche-asylbewerberleistungsgesetz/>, zuletzt geprüft am 02.04.2016.
- Pro Asyl (2015b): Was jetzt getan werden muss. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <https://www.proasyl.de/news/was-jetzt-getan-werden-muss/>, zuletzt geprüft am 23.05.2016.
- Pro Asyl (2016): Geplantes „Integrationsgesetz“ ist in Wahrheit Desintegrationsgesetz. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <https://www.proasyl.de/news/geplantes-integrationsgesetz-ist-in-wahrheit-desintegrationsgesetz/>, zuletzt geprüft am 23.05.2016.
- Robert-Koch-Institut (2008): Migration und Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Sahrai, D. (2009): Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe? Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45:70-94.
- Schoon, I. (2002): Die Langzeitfolgen sozial-ökonomischer Benachteiligung auf die psychosoziale Anpassung von Frauen. Z Psychosom Med Psychother 44: 381-395.
- Schröer, H. (2007a): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Konzepte und Handlungsstrategien zur Arbeitsmarktintegration von Migrantinnen und Migranten. Schriftenreihe IQ, Integration durch Qualifizierung, Bd. 1. Hg. v. ZWH - Zentralstelle für die Weiterbildung im Handwerk e.V. Düsseldorf.
- Schröer, H. (2007b): Interkulturelle Orientierung und Öffnung: ein neues Paradigma für die soziale Arbeit. Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit (3), S. 80–91.
- Schröer, H. (2009): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Ein Vergleich der Strategien. Migration und Soziale Arbeit (3/4), S. 203–211.
- Schröer, H. (2012): Diversity Management und Soziale Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit 43 (1), S. 4–16.
- Senatsverwaltung für Justiz (2010): Partizipations- und Integrationsgesetz des Landes Berlin. Berlin (32). Online verfügbar unter https://www.berlin.de/sen/justv/service/gesetze-und-verordnungen/mdb-senatsverwaltungen-justiz-gesetz-undverordnungsblatt2010-ausgabe_nr__32_v__28_12_2010_seite_549_bis_572.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2016.
- Siegrist J. & Marmot M. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Huber, Bern, S. 77-98.
- Siegrist J. & Theorell T (2008) Sozioökonomischer Status und Gesundheit: die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Siegrist J. & Marmot M.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Huber, Bern, S. 99-130.
- Sinus sociovision (2008). Sinus Migranten Milieus: http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/%20MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf.

- Sluzki, C.E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Thomas Hegemann (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 101–115.
- Sorg, U.; Szoldatits, F. (2009): Umsetzung des Interkulturellen Integrationskonzeptes der Landeshauptstadt München. In: *Migration und Soziale Arbeit* 31 (3/4), S. 179–182.
- Spallek, J.; Zeeb, H. (2010): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Sjoerd Colijn: *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 58–68.
- Statistisches Bundesamt (2015): Zahl der Zuwanderer in Deutschland so hoch wie noch nie. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_277_122.html, zuletzt geprüft am 09.05.2016.
- Steinhäuser, T.; Schödwell, S.; Auckenthaler, A. (2016): Zwischen Verständnis und Enttäuschung- Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 48:23-39.
- Sturm, G. & Moro, M.R. (2010): Frauen in der Migration. Genderspezifische Bedürfnisse von Migrantinnen. In: Hegemann T & Salman R (Hrsg.) *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Köln. Psychiatrie Verlag, S. 259-272.
- Straßburger, G. (2009): Sozialraumorientierung interkulturell. Interkulturelle Öffnung und Sozialraumorientierung Hand in Hand, in: *Migration und Soziale Arbeit* 3 /4, S.229-235.
- Szagan, R. & Cohrs, D. (2014): Mann und Rang – die Rolle von Konkurrenz für die Männergesundheit. *Gesundheitswesen* 76:127-134.
- Thiersch, H. (2002): *Positionsbestimmung der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung*. Weinheim: Juventa-Verl.
- Thiersch, H.; Böhnisch, L. (2014): *Spiegelungen. Lebensweltorientierung und Lebensbewältigung. Gespräche zur Sozialpädagogik*. Weinheim: Juventa.
- Uexküll Thure von (Hg) (1986) *Psychosomatische Medizin*. München. Urban & Schwarzenberg. 3. Aufl.
- Ullrich, G. (1998): *Mukoviszidose, Beiträge und Bibliographie zu psychosozialen Aspekten einer lebenslangen Erkrankung*.
- Vedder, M. (2009) *Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in transkultureller Hinsicht*. In: Golsabashi, S.; Stompe, T.; Heise, T.: *Jeder ist weltweit ein Fremder. Beiträge zum 2.Kongress des DTPPP, September 2008 in Wien*. *Transkulturelles Psychoforum* 16. Berlin VVB., Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 121-130.
- van Treeck, B.; Bergmann, F.; Schneider, F. (2008): *Psychosoziale Versorgung*. In: Wilhelm Niebling und Frank Schneider (Hg.): *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Mit 123 Tabellen*. 1. Aufl. Heidelberg: Springer, S. 176–195.
- Waller, H. (2006): Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 43:74-85.
- Wippermann, C. & Flaig, B.B. (2009): Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten. In: *APuZ* 5:3-11.
- Yildiz, Y. (2011): Von der Ausländersozialarbeit zur interkulturellen Sozialen Arbeit. Pädagogische Paradigmenwechsel zwischen provisorischer Arbeitsmigration und dauerhafter Einwanderungssituation. In: Thomas Kunz und Ria Puhl (Hg.): *Arbeitsfeld Interkulturalität. Grundlagen, Methoden und Praxisansätze der Sozialen Arbeit in der Zuwanderungsgesellschaft*. Weinheim: Juventa, S. 32–42.

ABSTRACT

Based on the assumption that migration poses high demands on stress management and adaptation processes, which sometimes necessitates professional support, the intercultural openness of psychosocial care is of great importance. The concept of intercultural openness aims at enhancing access to health care services for people with a migration background. However, recent research shows that the implementation is only just beginning. Critical voices question whether intercultural openness should take a closer look at the structural framework (e. g. the financing of professional interpreters), and is lacking the perspective of those concerned.

Key words: intercultural openness, intercultural competence, migration and health, psychosocial care.

ZUSAMMENFASSUNG

Ausgehend von der Annahme, dass eine Migration hohe Anforderungen an die Stressbewältigung und Anpassungsprozesse stellt, die mitunter professionelle Unterstützung notwendig macht, wird der interkulturellen Öffnung psychosozialer Versorgung große Bedeutung zugeschrieben. Das Konzept der interkulturellen Öffnung versucht den Zugang zu Versorgungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Neuere Forschungsergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Umsetzung erst am Anfang steht. Kritische Stimmen fragen danach, ob interkulturelle Öffnung nicht stärker die strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. Finanzierung von professionellen Dolmetschern) in den Blick nehmen müsste und die Perspektive der Betroffenen vermissen lässt.

Schlüsselbegriffe: Interkulturelle Öffnung, Interkulturelle Kompetenz, Migration und Gesundheit, Psychosoziale Versorgung.

AUTOR UND AUTORIN

Prof. Dr. Holger Kirsch ist Professor für Sozialmedizin an der Evangelischen Hochschule Darmstadt und Arzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin, Psychoanalyse, Lehranalytiker (DGPT/DGIP) sowie Supervisor in freier Praxis. Arbeitsschwerpunkte: Migration und Gesundheit; Kindheitsbelastungen, Stressverarbeitung und Gesundheit sowie das Mentalisierungskonzept in der Psychotherapie und in der Sozialen Arbeit.

Hannah Jost ist Absolventin des Bachelorstudienganges Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Darmstadt (2012-2016). Studienschwerpunkt: Sozialpädagogische Erziehungs-, Beratungs- und Bildungsangebote für Mädchen und Jungen. Thema der Bachelorarbeit: „Interkulturelle Öffnung der psychosozialen Versorgung und die Rolle der Sozialen Arbeit. Praxiserfahrungen in Kinder- und Jugendhilfe (Kinderheim), sowie in Kindertagesstätten und Grundschulen.