



dgsqb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

**Wolfgang Köller & Meryam Schouler-Ocak
(Hrsg.)**

Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung

**Dokumentation der Fachtagung der DGSGb
am 10. März 2023 (Online)**

**Materialien der DGSGb
Band 50**

Berlin 2023

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-51-6

©2023 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

1. Aufl. 2023

Internet: klaus.hennicke@posteo.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Kostenlos abrufbar auf der Website der DGSGb (www.dgsgb).

Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB
am 10. März 2023 (Online)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Wolfgang Köller und Meryam Schouler-Ocak Vorwort	4
Jutta Lindert Soziologische Einordnung von Migration und deren Auswirkungen	5
Susanne Schmid Psycholog. Wechselwirkungen von Migration und Behinderung	11
Eva-Janina Brandl Biologische und medikamentöse Besonderheiten	25
Sophia Falkenstörfer Kultursensibilität im pädagogischen Alltag	32
Sandra Waters Praktische Erfahrungen mit der Integration am Beispiel Bethel	41
Halil Polat Selbsthilfe und Hilfen für Angehörige am Beispiel UMUT e. V. Hannover	46
AutorInnen	50

Vorwort

Wolfgang Köller & Meryam Schouler-Ocak

Zitierweise:

Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (2023): Vorwort. In: Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 10. März 2023 (Online). Materialien der DGSGB Bd. 50. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.4

Seit Mitte der 50er Jahre sind sehr viele Menschen als Arbeitskräfte nach Deutschland gekommen, die inzwischen in vierter Generation hier leben. Auch wenn viele Themen bislang angesprochen und fokussiert wurden, ist dem Thema „Migration und Behinderung“ bislang wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden. Was es bedeutet, als Person mit Migrationsgeschichte, selbst von Behinderung betroffen zu sein oder als Familienmitglied zu involviert zu sein, ist wenig bekannt und nicht im Fokus öffentlichen Interesses. Tagtäglich erleben wir aktuell große Flüchtlingswellen nicht zuletzt aus der Ukraine. Solidarität und Beängstigung sind gleichermaßen intensiv in der Gesellschaft zu erleben. Und nicht zuletzt befindet sich Deutschland auf dem Weg zu einem auch offiziell anerkannten Einwanderungsland.

Dass Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund aufgrund vielfältiger Barrieren mehr Hürden in der Inanspruchnahme des Hilfe- und Unterstützungssystems ausgesetzt sind, können wir uns zwar vorstellen, doch die Tragweite und ihre Folgen sind uns oft nicht hinreichend vertraut. Deshalb hat sich die Tagung, dessen Materialien wir Ihnen mit Freude vorlegen, dem Thema „Migration und Behinderung“ aus verschiedenen Perspektiven angenähert und dabei Aspekte seelischer Gesundheit in den Fokus gerückt.

JUTTA LINDERT hat uns in die soziologischen Grundlagen eingeführt und die Vielfältigkeit von Migration in Deutschland aufgezeigt. SUSANNE SCHMID hat sich der psychologischen Facette gewidmet und die Wechselwirkungen zwischen Behinderung und Migrationshintergrund erläutert. Um Wechselwirkungen geht es auch beim Beitrag von EVA BRANDL, die über Einflüsse von Migrationshintergrund auf pharmakologischem und allgemein biologischem Gebiet berichtet hat.

Im folgendem Beitrag hat SOPHIA FALKENSTÖRFER in die zentrale Bedeutung der Kultursensibilität in der sozialen Arbeit eingeführt. SANDRA WATERS berichtete über die praktische Integration von Geflüchteten mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen und bietet dabei spannende Anregungen für einen aktiven Umgang mit den aktuellen Herausforderungen.

Aus Sicht der Betroffenen und der Angehörigen hat HALIL POLAT von UMUT e. V. Hannover abschließend über die Beratung in Selbsthilfe und Beratung von Angehörigen und Betroffenen mit türkischem Kulturhintergrund berichtet.

Nach der Tagung freuen wir uns sehr, Ihnen hiermit die Tagungsmaterialien übergeben zu können.

Migration und Behinderung

Soziologische Einordnung von Migration und deren Auswirkungen

Jutta Lindert

Zitierweise:

Lindert, J. (2023): Migration und Behinderung - Soziologische Einordnung von Migration und deren Auswirkungen. In: Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGGB am 10. März 2023 (Online). Materialien der DGSGGB Bd. 50. Berlin: Eigenverlag der DGSGGB, S.5-10

Behinderung ist ein bedeutsames Public Health Problem. Unsicherheiten hinsichtlich der Häufigkeit und der Ausprägung von Behinderung sind mehr verbreitet bei Migranten als bei Nicht – Migranten. Migration selbst ist generell kein Risikofaktor für Behinderung, jedoch sind Unter – und Fehldiagnosen bei Migranten weiterverbreitet als bei Nicht – Migranten. Auch wenn Migration daher nicht ein Risikofaktor ist so sind doch die speziellen Rahmenbedingungen der Migration verbunden mit Stressoren und vielfach mit Herausforderungen in Bezug auf den Zugang zur und Qualität der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung. In diesem Kapitel werde ich zunächst definieren, wer Migranten sind (Definitionen), danach werde ich Dimensionen internationaler Migration beschreiben (Dimensionen internationaler Migration), nach den Definitionen und der Beschreibung der Häufigkeiten von unterschiedlichen Migranten werde ich Unterschiede beschreiben (Disparities/Diversity) und das Kapitel beenden mit einer Analyse der Dringlichkeit der Änderung der Versorgung (Dringlichkeit).

Definitionen von Migranten und Migrantinnen

Migration ist kein neues Phänomen und ist bereits vielfältig beschrieben worden. Die Migrationsarten sind vielfältig und hinter Migrationsentscheidungen steht eine Vielzahl unterschiedlicher Motive. Zunächst ist Migration eine Frage von unterschiedlichen Bewegungen von Menschen im Raum – zunächst unabhängig von Nationalstaaten.

Auch wenn Migration daher kein neues Phänomen ist gibt es bisher noch keine international abgestimmte Definition von Migration. Eine der vielfach zitierten und akzeptierten Definition von Migration ist die Definition United Nations Experten Gruppe zu Migration, die auf der 52ten Sitzung der UN Statistischen Komitees 2021 beschlossen wurde.

Unter Migration versteht man – entsprechend der UN – Definition - die vorübergehende oder dauerhafte Veränderung des Lebensmittelpunkts bzw. Wohnorts von Menschen. Entsprechend werden Migrationsbewegungen innerhalb eines Landes oder einer bestimmten geografischen Region als Binnenmigration bezeichnet und Migrationsbewegungen über Staatsgrenzen hinweg als internationale Migration. Als kurzfristige Migration wird eine Migration innerhalb eines Zeitraumes von 3 – 12 Monaten verstanden, als langfristige eine Migration von mindestens einem Jahr und als zirkuläre Migration eine Migration, in der der Wohnsitz gewechselt wird und nach einer Zeitlang eine Rückkehr zum Ausgangspunkt der Migration erfolgt.

Zentral für das Verständnis von Migration und Gesundheit und Behinderung sind Kenntnisse über spezifische Migrationsursachen sowie Kenntnisse unterschiedlicher Phasen von

Migration unterschieden werden können: die Prämigrationsphase, die Migration selbst mit der Veränderung des Wohnsitzes, die Ankunftsphase sowie die Niederlassungsphase. Diese Phasen sind mit unterschiedlichen Faktoren assoziiert, die Einfluss auf Gesundheit, Krankheit und Behinderung haben können.

Migrationsursachen

Es gibt viele Gründe, warum Menschen ihre Heimat verlassen. Diese Gründe sind häufig miteinander verbunden. Bei der Frage nach Migrationsursachen wird konzeptionell zwischen Push- und Pull-Faktoren unterschieden. Unter „Push-Faktoren“ versteht man Gründe, aufgrund derer Menschen ein Land verlassen, unter „Pull-Faktoren“ Gründe warum ein Land attraktiv erscheint. Man unterscheidet derzeit vier Kategorien wichtiger Push- und Pull-Faktoren: demographische und wirtschaftliche Faktoren, politische-, Umweltfaktoren, sowie familiäre Faktoren. Zu den demographischen und wirtschaftlichen Faktoren gehören der Wunsch nach Verbesserung der sozio-ökonomischen Lage und einer besseren Bildung und Ausbildung, oder Wunsch nach individueller Weiterentwicklung (Erwerbs- und Bildungsmigration). Zu den politischen Faktoren gehört die politische Situation im Heimatland, wie die Verletzung von Menschenrechten oder Konflikte und Krieg (Humanitäre Migration). Zu den Umweltfaktoren gehört die Umweltsituation im Heimatland, die Existenz unmöglich macht u.a. auf Grund von Umweltveränderungen wie Dürre, Erdbeben oder Wirbelstürmen (Umweltmigration). Zusätzlich gibt es noch familiäre Gründe wie Migration auf Grund von Familienzusammenführung oder Verheiratung.

Migrationsphasen und Gesundheit

Die Prämigrationsphase umfasst die Zeit vor der Migration, also die Zeit bevor Menschen ihren ursprünglichen Wohnort verlassen. Faktoren in dieser Phase, die Einfluss auf Gesundheit, Krankheit und Behinderung haben können sind:

- biologische Charakteristika (zum Beispiel lokale genetische Faktoren)
- lokale Morbiditätscharakteristika
- lokale Gesundheits- und krankheitsbezogene Verhaltensweisen (zum Beispiel die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und generatives Verhalten)
- soziale (zum Beispiel Struktur des lokalen Gesundheitssystems)
- politische Faktoren (zum Beispiel eingeschränkter Zugang zu gesundheitlicher Prävention und Versorgung) (BERGHS 2015; EMERSON 2012).

Geflüchtete sind zusätzlich in dieser Prämigrationsphase vielfach Gewalt und Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt.

Die Migrationsphase umfasst die Zeit zwischen dem Ursprungsort und dem Ankunftsort. Diese Zeit kann sich über einen längeren Zeitraum hinziehen und kann auch Zwischenaufenthalte an unterschiedlichen Orten einschließen. Bedeutsame Public Health Faktoren sind hierbei die Art und Weise der Migration (zum Beispiel auf engen Flüchtlingsbooten oder per Flugzeug). Insbesondere Geflüchtete sind in dieser Phase zudem oft Gewalt und Ausbeutung ausgesetzt.

Die Ankunftsphase umfasst den ersten Zeitraum nach der Ankunft in dem Zuwanderungsland. Bedeutsam ist diese Phase insbesondere wiederum für Geflüchtete, die in dieser Phase besondere Lebensbedingungen ausgesetzt sein können (zum Beispiel Unterbringung in Flüchtlingsunterkünften, eingeschränkter Zugang zu gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung). Für diese Phase wurden Zusammenhänge zwischen der Dauer dieser Phase und

der Häufigkeit, Verlauf und Schwere psychischer Gesundheit und psychischen Störungen festgestellt. Zusätzliche Faktoren, die in dieser Phase Einfluss auf Krankheit und Gesundheit haben können ist die eingeschränkte gesundheitliche Versorgung sowie Unkenntnisse über Strukturen im Einwanderungsland. Zentral in dieser Phase sowie in der Niederlassungsphase sind die Modalitäten wann und wie Staatsangehörigkeit im Niederlassungsland möglich ist. Staatsangehörigkeit vermittelt sowohl Identität (ISIN 2005; NASH 2009) als auch vielfach Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.

Häufigkeiten von unterschiedlichen Migranten

In 2020 gab es geschätzte 281 Millionen (135 weiblich, 146 männlich) internationale Migranten weltweit – entsprechend 3.6 % der Welt Population. Von diesen geschätzten 281 Millionen waren 89.4 Millionen Flüchtlinge (26.4 Millionen), Asylsuchende (4.1 Millionen) oder Vertriebene (58.9 Millionen). (Tab. 1) Diese Migranten sind eine heterogenen Gruppe und unterscheiden sich in den Herkunftsländern, den Migrationsursachen, den Zuwanderungsländern sowie dem juristischen Status. Der juristische Status definiert und ermöglicht oder erschwert vielfach Versorgung von Migranten.

Tab. 1: Internationale Migranten (1970–2020)

Jahr	Anzahl internationaler Migranten	% an der Welt-population
1970	84 460 125	2.3
1975	90 368 010	2.2
1980	101 983 149	2.3
1985	113 206 691	2.3
1990	152 986 157	2.9
1995	161 289 976	2.8
2000	173 230 585	2.8
2005	191 446 828	2.9
2010	220 983 187	3.2
2015	247 958 644	3.4
2020	280 598 105	3.6

(Quelle: Vereinte Nationen)

Tab. 2: Hauptzielländer und Hauptherkunftsländer von Migration weltweit

10 Hauptzielländer	10 Hauptherkunftsländer
USA	Indien
Deutschland	Mexiko
Saudi Arabien	Russland
Russland	China
Vereinigtes Königreich	Syrien
Vereinigte Arabische Emirate	Bangladesch
Frankreich	Pakistan
Kanada	Ukraine
Australien	Philippinen
Spanien	Afghanistan

Das Migrationsgeschehen in Deutschland ist seit Jahren größtenteils durch Zuwanderung aus bzw. Abwanderung in andere europäische Staaten bestimmt. Der Anteil der zugewanderten Personen aus europäischen Ländern betrug im Jahr 2021 63,8 % (2020: 69,1 %), darunter waren 46,7 % Menschen aus Staaten der EU (ohne das Vereinigte Königreich) (EUROSTAT. 2020) Im europäischen Vergleich (Gesamt- und Asylzuwanderung in absoluten Zahlen) ist Deutschland weiterhin das Hauptzielland von Migration. Einen hohen Anteil an der Zuwanderung verzeichnen in der EU auch Spanien, Frankreich, Italien und Polen. Im Jahr 2021 stellte mit 27.3% Rumänien mit 191.149 Zuzügen das Hauptherkunftsland von Zugewanderten (14,4 % aller Zuzüge). Das zweitgrößte Herkunftsland bildete Polen mit 96.015 bzw. 7,3 % aller

Zuzüge nach Deutschland. Das drittstärkste Herkunftsland war Bulgarien mit 71.523 Zuzügen (5,4 %). Die weiteren quantitativ wichtigen Herkunftsländer von Zugewanderten umfassten 2021 die Türkei, Italien, Syrien, Afghanistan, Indien, Spanien und Ungarn. Damit waren 6 der 10 Hauptherkunftsländer von Migrantinnen und Migranten EU-Staaten.

Migration und Aufenthaltsstatus

Migranten haben unterschiedlichen rechtlichen Status so wird unterschieden zwischen

- Studierenden
- EU Migrant*innen
- Papierlose
- Ehepartner*innen
- „Aussiedler*innen
- Saisonarbeitern und
- Flüchtlingen.

Entsprechend des unterschiedlichen Aufenthaltsstatus ist der Zugang zum medizinischen und psychosozialen System unterschiedlich.

Migration und Behinderung

Migranten mit Behinderung gehören zu der besonders vulnerablen Gruppe von Migranten, unter diesen insbesondere ältere Migranten sowie Frauen und Kinder. (EMERSON 2011). Es ist zudem bekannt, dass Migration Behinderung verursachen oder verschlimmern kann.

Bisher gibt es jedoch wenig verlässliche Daten zur Situation von Migranten mit Behinderung (EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS 2016). Daten sind oft nicht standardisiert und daher auch nur begrenzt vergleichbar. Eine Ursache für die ungenügenden Daten ist, dass die Kriterien für Behinderung zwischen Ländern und Organisationen nicht einheitlich sind. Entsprechend der Daten der Weltgesundheitsorganisation und der Weltbank haben ca. 15% der Weltbevölkerung eine Behinderung. Es gibt jedoch keine verlässlichen Daten, wieviel Migranten mit Behinderung in Europa und speziell in Deutschland ankommen. Schätzungen gehen weltweit von mindestens 12 Millionen Migranten mit Behinderung aus. Die Verlässlichkeit dieser Zahlen wird jedoch stark angezweifelt, da die Zahlen sich weitgehend auf wahrgenommen Behinderungen – und dies meint oft – sichtbare Behinderungen – beziehen. Entsprechend werden „nicht sichtbare“ Behinderungen seltener berichtet und wahrgenommen. Zu den Behinderungen, die seltener berichtet werden gehören insbesondere auch psychische Störungen wie u.a. Posttraumatische Belastungsstörung.

Risikofaktoren für Behinderung können in jeder Phase der Migration sowohl zu Behinderung beitragen als auch vorliegende Behinderungen verstärken. Insbesondere trifft dies bei Geflüchteten mit einer risikoreichen Flucht zu. Behinderung wird jedoch auch in manchen Staaten als ein Exklusionsgrund postuliert

Migration und Behinderung in Deutschland

Die Zahl der Menschen mit einer Schwerbehinderung wird für Ende 2017 mit 7,8 Mio. angegeben und damit mit einem Anteil von 9,4 Prozent an der Gesamtbevölkerung beziffert. Daten des Paritätischen Gesamtverbandes von 2017 berichten von 1,50 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund mit einer anerkannten Behinderung. Das entspricht einem Anteil von 7,4 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund. Dieser Anteil der Menschen mit

Behinderung ist daher bei den Menschen mit Migrationshintergrund niedriger als der geschätzte Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen an der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (14,2 %). Laut dieses Berichtes sind von den 1,50 Mio. Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund sind 1,3 Mio. selbst eingewandert und rund 166.000 in Deutschland geboren.

Migration und Behinderung zusammen kann als doppelte Vulnerabilität verstanden werden. Inklusion von Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung stellt daher das Gesundheits- und das psychosoziale System vor Herausforderungen der angemessenen Versorgung zum einen auf Grund von Barrieren zur Versorgung seitens des gesundheitlichen Systems zum anderen auf Grund von unterschiedlichen Konzeptionen von Behinderung in unterschiedlichen Kulturen. Entsprechend der unterschiedlichen Konzeptionen kann Behinderung auch als Bestrafung, als eine Form von Entehrung verstanden werden. (INGSTAD 1995) Bei einem entsprechenden (Fehl-)Verständnis wird dann keine angemessene Unterstützung gesucht und Betroffene, insbesondere Kinder werden isoliert und nicht den Notwendigkeiten entsprechend versorgt. Barrieren im gesundheitlichen und psychosozialen System sind zum einen strukturell begründet, so sind Aufnahmeeinrichtungen für die Bedürfnisse von Geflüchteten mit Behinderung kaum geeignet. In dem zweiten und dritten Staatenbericht zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, weist Deutschland darauf hin, dass Geflüchtete in den Aufnahmeeinrichtungen zeitnah nach ihrem Eintreffen erfasst und dort Behinderungen festgestellt werden, soweit die Geflüchteten hierzu Angaben machen oder diese augenscheinlich sind. Allerdings gilt derzeit die Verlängerung der Voraufenthaltszeit von 15 auf 18 Monate für „Analogieleistungen“ und Leistungskürzungen für alleinstehende Erwachsene in Gemeinschaftsunterkünften. Die Situation von Geflüchteten mit Behinderung muss daher dringend weiter untersucht werden.

Wir brauchen verlässliche Daten um angemessen Migranten mit Behinderung versorgen zu können und gleichzeitig eine potentielle Fehleinschätzung von Behinderung zu reduzieren.

Zusammenfassung

Die große Mehrheit der Migranten ist in guter Gesundheit. Geflüchtete sind oft jedoch einer Vielzahl sozialer Belastungen und ausgesetzt und entsprechend der sozialen Belastungen vulnerabel (BERGHS 2015). Bisher gibt es noch wenig verlässliche, repräsentative Daten zu Migranten und der Häufigkeit und den spezifischen Formen von Behinderung. Nächste wichtige Schritte hin zu einer besseren Versorgung von Migranten mit Behinderung in Deutschland sind daher

- Robuste und verlässliche Daten zu Häufigkeit und Ausprägungen von Behinderung bei Migranten;
- Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren für das Auftreten und für Verläufe von Behinderung bei Migranten
- Wissen zu Erfahrungen von Migration und Behinderung unter Berücksichtigung von Alter und Gender
- eine verstärkte Migrationssensibilität der Dienste für Behinderte und eine verstärkte Behinderungssensitivität der Dienste für Migranten.

Literatur

- Berghs, M. 2015. "Disability and Displacement in times of Conflict: Rethinking Migration, Flows and Boundaries." *Disability and the Global South* 2 (1): 442–459.
- Emerson, E., R. Madden, H. Graham, G. Llewellyn, C. Hatton, Robertson, J. 2011. "The Health of Disabled People and the Social Determinants of Health." *Public Health* 125 (3): 145–147. doi:10.1016/j.puhe.2010.11.003.
- Emerson, E. B., H. Vick, C. Graham, G. Hatton, R. Madden Llewellyn, B. Rechel, and J. Roberston. 2012. "Disablement and Health." In *Routledge Handbook of Disability Studies*, edited by Nick Watson, Alan Roulstone and Carol Thomas, 253–270. New York, NY: Routledge.
- Ingstad B., Whyte S. R. (1995). *Disability and cultures*. Berkeley/Los Angeles: London University of California Press.
- European Union Agency for Fundamental Rights. 2016. "Thematic Focus: Migrants with Disabilities." Accessed 05 May 2017. <https://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/overviews/focus-disability>
- Eurostat. 2020. "People in the EU." Accessed 01 Febuary 2023. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_statistics_on_demographic_changes
- World Health Organization and World Bank 2011. *World Report on Disability*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. 2014. *Refugee and Migrant Health*. <http://www.who.int/migrants/en/>

Psychologische Wechselwirkung von Migration und Behinderung

Susanne Schmid

Zitierweise:

Schmid, S. (2023): Psychologische Wechselwirkung von Migration und Behinderung. In: Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 10. März 2023 (Online). Materialien der DGSGB Bd. 50. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.11-24

Die psychologische Wechselwirkung von Migration und Behinderung ist ein doch bisher wenig beachtetes Feld, insbesondere im Fokus der Diagnosestellung und auch adäquater Versorgungsstrukturen. STEINER (2020) beschreibt in seiner Studie, dass diese Menschen mit Migration fast schon unsichtbar in der Literatur und der Forschung seien. Vieles beschränkt sich auf die konkrete Unterstützung in der Antragstellung, Einfügen in das System und der rein medizinischen Versorgung. Dies sind sicherlich zentrale Versorgungsdefizite, jedoch die Betrachtung der Wechselwirkung zwischen einem Migrationshintergrund und einer zusätzlichen Behinderung auch aus dem kulturellen Blickwinkel wird möglicherweise erst nach einer gewissen Zeit sichtbar, wenn die Personen tatsächlich in unseren Strukturen gesehen werden können und ankommen können. Möglicherweise ist dies auch moderiert beispielsweise durch den sicheren Aufenthaltsstatus.

Im Rahmen dieses Artikel versuche ich die verschiedenen Aspekte der Wechselwirkungen zwischen Migration und Behinderung mit Blickwinkel auf die Forschungslage, den Bereichen Kultur, der Haltung und Kultursensibilität, wie auch der Kommunikation und Fähigkeitsdiagnostik zu beleuchten. Weitere Felder wie die der Wechselwirkung hinsichtlich des Hilfesystems und der Einsatz von Dolmetscher/Sprachmittler werden ebenfalls betrachtet.

Wechselwirkung: Migration, Behinderung und fehlende Forschung

Aktueller Stand der Forschung ist in Bezug auf den Bereich der Migration und Behinderung, wie insgesamt in der Forschung bezogen auf mit Menschen mit Behinderung in Deutschland sehr eingeschränkt. STEINER (2020) berichtet, dass es keine verlässlichen Zahlen zum Anteil asylsuchender Menschen mit Behinderung in Deutschland gibt. In seiner nicht repräsentativen Studie zeigt er mögliche Bedarfe an Versorgungsstrukturen auf. Ebenso wird dies bei KORNTHEUER (2021) vermerkt, darüber hinaus auch die „Unsichtbarkeit“ dieser Menschen konstatiert. Möglicherweise steht dies, unter anderem, im Zusammenhang mit der jüngeren deutschen Geschichte. Vermutet wird eine doppelte Stigmatisierung durch die Behinderung und die Migration laut FRANZ & UNTERKOFLENER (2019, Forschungsethik in der sozialen Arbeit: Prinzipien und Erfahrungen). Aus Rücksicht auf die Vulnerabilität wird im Bereich der Menschen mit Behinderung und Migration kaum geforscht oder nur sehr zurückhaltend, so Franz und Unterkofler weiter. Je nach Kulturkreis bestehen auch Vorbehalte gegenüber Forschung oder Befragung, da im Herkunftsland, insbesondere im Bereich der Medizin negative Erfahrungen gemacht wurden und die Menschen und ihre Angehörigen sich als Versuchsobjekt verwendet wahrnehmen.

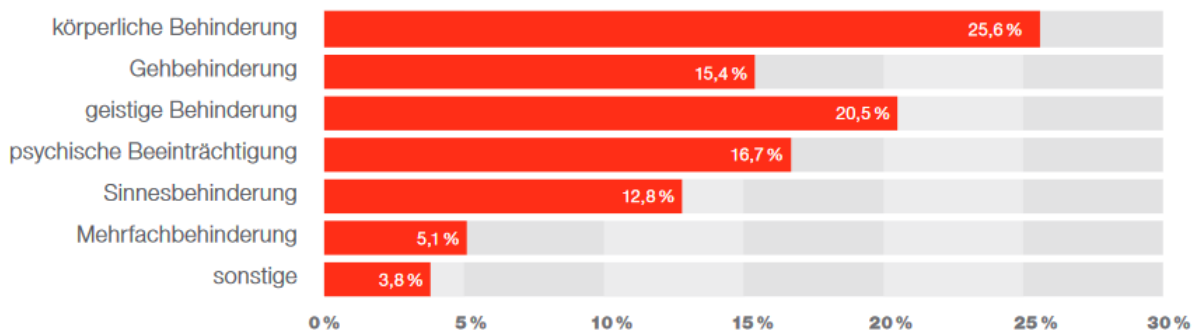
Die Forderung der Betroffenenverbände: „Sprecht mit uns nicht über uns!“ ist ein weiterer zentraler Aspekt, warum es maximal qualitative Forschung jedoch sehr wenig quantitative Forschung in diesem Bereich gibt.

Auf der Ebene der Operationalisierung von Studien wurden verschiedene Wechselwirkungen deutlich. Es sei beispielhaft auf das Forschungsprojekt Netzwerk für Flüchtlinge mit Behinderung der TH Köln in Kooperation mit der Diakonie Michaelshoven 2018 verwiesen.

Nach OTTEN (2019; 2020) sei es in der Forschung mit Menschen mit Behinderung grundlegend eine analytische Unterscheidung zwischen Subjekterfahrung und Objektform zu machen. Er führt weiter aus, dass es zunächst von der existenziellen (jedoch nicht determinierten) Subjekterfahrung der Flucht bzw. einer Beeinträchtigung ausgegangen wird, die erst durch institutionelle Politiken, Regelungen und Praktiken der ‚Besonderung‘ in eine bestimmte rechtliche Objektform als Flüchtling bzw. als Menschen mit Behinderungen gebracht wird. Partizipative Teilhabeforschung zielt darauf ab, die Wechselwirkungen dieser beiden Beobachtungsebenen besser zu verstehen und so dazu beizutragen, die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Lebensgestaltung zu stärken. Zudem seien die bestehenden Forschungskonzepte und Ansprüche teilweise nicht übersetz- und übertragbar, sodass adäquate Methoden erst entwickelt und erprobt werden müssten. Ein weiteres Handicap stellen wie oben schon angedeutet die Zugänge und Selbstvertretung, der Begrenzung von Artikulationsmöglichkeiten, vorhandenen Strukturen und organisierten Verbänden von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund und deren Angehörigen dar.

Einer nicht repräsentativen Umfrage des Caritasverbandes zur Versorgungslage geflüchteter Menschen mit Behinderung in Deutschland innerhalb des Deutschen Caritasverbandes 2019 durch STEINER (Ebd.) ergab bei 78 Menschen mit Behinderung untenstehender Grafik:

Abbildung 6: Formen von Behinderungen (Angaben in Prozent) (n=78)



Quelle: Caritas-Befragung Juli 2019

Die Statistik ist darüber hinaus sehr davon abhängig, was in den Herkunftsländern, als auch von den Angehörigen und der Person selbst als Behinderung definiert wird und wie der Begriff Behinderung kulturell und familiär belegt sind

Beratungsanlässe in der Studie unterschieden sich zusätzlich zu den Beratungsanlässen für Menschen mit Fluchterfahrung und der Beratung für den Bereich der Hilfen im Bereich der Menschen mit Behinderung. Konkret zeigte sich dies beginnend mit der Anerkennung der Behinderung und Zugang zur medizinischen Versorgung, welche wohl in im Forschungsprojekt Netzwerk für Flüchtlinge und Behinderung, 2018 durchgängig positiv bewertet wurde. Gelingt der niederschwellige Zugang zum deutschen Versorgungssystem so kann dies auch als

Ressource der Integration gesehen werden. Hierbei benötigt es gute Schnittstellen zwischen der Hilfe für Menschen mit Fluchterfahrung und dem System der Hilfe für Menschen mit Behinderung. Beratungsanlässe zeigten sich weiterhin in den Bereichen Antragstellung, Unterstützung in der Begleitung, Tagesstruktur für die Menschen mit Behinderung. Wenngleich das System der Hilfe für Menschen mit Behinderung gut aufgestellt ist, jedoch im Bereich der kultursensiblen Techniken und Kommunikation, sowie Kommunikationshilfsmitteln noch Entwicklungsbedarfe zeigt und wenig auf Interkulturalität eingestellt ist. Und die Relevanz von Kultursensibilität (FALKENSTÖRFER 2017) noch nicht wirklich erkannt wurde.

Wechselwirkung Migration und Behinderung im Bereich der Kultur

Unabhängig von Behinderung und Migration zeichnen wir Menschen uns darüber aus, dass wir über versuchen über unser Lebensumfeld ein Bild zu machen und teilweise insbesondere im Bereich der Kultur erst einmal Stereotypen entwickeln. Häufig werden Kulturen über eine gemeinsame Sprache definiert und auch hier wird die jeweilige Kultur nicht mehr als individuell angesehen. Dies geschieht sehr oft im Bereich Österreich, Schweiz, Deutschland der als deutschsprachig benannt wird. Ich fürchte jedoch, dass sich die Schweizer und die Österreicher sicherlich von deutscher Kultur abheben wollen, ja sogar darüber hinaus auch in den jeweiligen Bundesländern in Deutschland dies sehr kritisch gesehen werden würde.

Der Begriff der Behinderung ist in Deutschland sehr verbunden mit dem Fokus auf die Einschränkung und je nach Art der Behinderung differenziert ausgestaltet und beschrieben wird. Die kulturelle Einordnung der Behinderung in den jeweiligen Herkunftsländern ist flächendeckend nicht suffizient beschrieben.

Anbei einige Beschreibungen aus der Literatur in untenstehender Tab. 1 ohne Anspruch auf Vollständigkeit, wobei viele dieser Erklärungen zwar sehr traditionell beschrieben werden, aber teilweise doch fortgeführt werden (nach STONE 2006).

Tab. 1: Traditionelle Erklärungen und angenommene Erklärungen für die Entstehung von Behinderung

Kulturkreis	Beschreibung von Behinderung
Allgemein	Fehlverhalten der Mutter als Ursache der Behinderung. Die Belegung durch einen Fluch, durch den bösen Blick, religiöse Perspektive als Strafe oder als Leid oder gottgewollt, Prüfung der eigenen Glaubensfestigkeit. Behinderung wird mit falscher Ernährung in Zusammenhang gebracht (Milch mit Wut). Insgesamt wird die erworbene Behinderung eher akzeptiert, oder sogar mit Stolz in Verbindung gebracht.
Yupno, Papua Neuginea nach Keck	So beschreibt Kathrin Schmidt (2011) nach der Ethnologin Verena KECK: <i>„..dass in Papua Neuguinea ein Mensch erst dann als vollständige Person zu sehen sei, wenn er in der Lage sei zu laufen, zu reden und zuzuhören, etwas zu tragen kleinere Nachrichten zu überbringen und soziale Beziehungen zu unterhalten. Ist dies unvollständig erreiche die Person des vollständigen Menschen nicht. Insbesondere das Zuhören sei eine Kernkompetenz, wichtig, da dadurch Ansehen gewonnen werden kann und diese Beeinträchtigung der Gehörlosigkeit eine schwere Behinderung bei den Jupno darstellen würde</i>

Bangladesh	Körperliche oder geistige Beeinträchtigungen werden, insbesondere wenn sie von Geburt an bestehen, traditionell mitunter mit einem sündhaften Fehlverhalten der Elgern, übernatürlichen Kräften wie Geister oder dem bösen Blick erklärt
Indien und Ägypten	Ungewollte Kinderlosigkeit kann zum Ausschluss und zur Demütigung führen, da die zuge dachte Rolle als Frau nicht ausgeführt werden könne.
Senegal	Krankheit/Behinderung entsteht, weil den Ahnen zu wenig geopfert wurde und diese deshalb erzürnt sind.
Süd-ostasien	Die Sichtweise ist gekennzeichnet davon, dass das Verhalten der Eltern, teilweise das Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft und oder der Sünden der Mutter oder weiteren Familienangehörigen während der Schwangerschaft kausal gesehen werden, aber auch die Aspekte der Reinkarnation werden betrachtet. Behinderung wird je nachdem auch mit den Sünden der Eltern oder der Sünden Vorfahren in Verbindunggebracht. Menschen mit Behinderung können von der Gemeinschaft separiert werden, da die Behinderung einen Fehler der Eltern und der vorfahren repräsentiert und als Quelle der Schande gesehen wird.
China	Die Traditionellen chinesischen Begriffe für Behinderung sind canfei, was "handicap" bedeutet und nutzlos und canji, was "Handicap" und "Krankheit." Bedeutet. Der Begriff canji ren, "Handicapped" und "kranke Menschen," ist Commonsense. Der Begriff gong neng zhang ai zhe, für den Begriff Menschen mit Behinderung wird kaum verwendet. In vielen Bereichen Chinas, wird Behinderung als Strafe für die Sünden der Eltern, der Menschen mit Behinderung, in der Vergangenheit. Insbesondere in den ländlichen Gebieten wird häufig traditionell gedacht. Abzugrenzen davon ist beispielsweise Hongkong.
Jamaika	Es wird angenommen, dass Behinderungen und Krankheiten das Ergebnis des Kontakts mit bösen Geistern sind, die von Obeah gesendet werden, oder mit Geistern, die einfach nur böswillig sind. Eine Erklärung für jemanden, der psychisch krank wird, ist zum Beispiel, dass sich ein Duppy oder Geist an den Geist des Individuums geheftet hat. In einem solchen Fall könnte eine Geisteskrankheit das Werk eines Feindes sein, der einen Rachefeldzug durchführt. Die Leute in der Community könnten sagen: „A nu, also bin ich es gewohnt, ein Duppy zu sein, dem ich gehöre.“ Ein Bild, das tue ich. Das ist der Grund, warum ich ein Wakan Tak für mich selbst bin.“ („Das ist nicht sein normales Verhalten. Ein Duppy wurde geschickt, um ihn krank zu machen. Es ist die Arbeit seiner Freundin. Deshalb geht er und redet mit sich selbst.“ Die Einstellung gegenüber psychisch Kranken ist besonders negativ besetzt.
Korea	Offizielle Definition: Behinderung ist ein Produkt der Interaktion zwischen individuellen und Umweltmerkmalen entlang eines Kontinuums von der Befähigung bis zur Behinderung. Zu den individuellen oder intrinsischen Faktoren gehören Person, Biologie und Verhalten, während umweltbedingte oder extrinsische Faktoren mit dem sozioökonomischen Status, dem Bildungsniveau, dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, der Ernährung, den Lebensbedingungen und der persönlichen Sicherheit zusammenhängen. (NIDRR, 2001)

	<p>Traditionelle Sichtweise ist häufig durch übernatürliche Wesen beschrieben, sowie die Strafe Gottes, oder Werk des Teufels, Strafe für die eigenen Sünden oder Verfehlungen der Eltern oder anderen Angehörigen. Buddhistisches Karma als Grund für die Behinderung. Andere denken, dass die Mutter während der Schwangerschaft ein her eine sogenannte inbalance der metaphysischen Kräfte genannt "Umyang" „in Korean. Falsche Ernährung während der Schwangerschaft oder das Brechen von Tabus. (Reardon, 1996). Beispielsweise ein schlechtes Denken oder das Töten eines Insektes während der Schwangerschaft könne die Entwicklung des Fötus beschädigen. Zusammenfassend leiden viele Koreaner mit Behinderungen und deren Familien unter Scham, Hilflosigkeit, Verleugnung, Depression, Rückzug.</p>
Haiti	<p>Behinderung werden gesehen als mysteriös und gefährlich. Sie werden kaum in einer medizinischen Hinsicht gesehen. Typischerweise wird davon ausgegangen, dass Behinderungen ihren Ursprung im Zusammenspiel der natürlichen und übernatürlichen Welt haben und nicht als medizinisches Problem. Beispielsweise kann eine Behinderung die Folge eines Fluchs durch einen verärgerten Lwa (Geist) sein. Behinderung ist eine Strafe – ein Zeichen dafür, dass einem Gesetz nicht Folge geleistet wurde. Obwohl Lwa von Natur aus Voodoo sind, gilt die gleiche Art von Erklärung auch im Rahmen des Christentums. Haitianische Christen glauben, dass ein Vorgehen gegen Gott dasselbe ist wie ein Vorgehen gegen die LWA. Gott bestraft diejenigen, die nicht gehorchen. Behinderung kann auch das Ergebnis eines von einem Feind gewirkten Zaubers sein. In diesem Fall kann eine Behinderung ein Zeichen dafür sein, dass die behinderte Person jemand anderen misshandelt hat. Auch hier ist Behinderung eine Strafe. Obwohl Protestanten gegen Voodoo und den Glauben an Lwa gekämpft haben, glauben viele immer noch an Zaubersprüche. Aus diesem Grund werden Behinderungen unabhängig von der religiösen Orientierung als übernatürlichen Ursprungs angesehen..</p>
Mexiko	<p>Generell wird in der mexikanischen Kultur Behinderung eher als von Gott gesandt oder als Bestrafung für etwas was jemand getan hat. Physische Behinderung wird eher akzeptiert als kognitive und psychische Behinderung. Wahrscheinlich weil die Eltern, speziell die Mutter sich Vorwürfe machen, wenn das Kind psychisch nicht normal ist. Generell werden Menschen mit körperlicher Behinderung als normal angesehen.</p>
Domini-kanische Republik	<p>Viele Hispanoamerikaner glauben, dass Krankheiten durch (a) psychologische Zustände wie Verlegenheit, Neid, Wut, Angst, Schrecken, übermäßige Sorgen, Unruhe in der Familie, unangemessenes Verhalten oder Verstöße gegen moralische oder ethische Grundsätze verursacht werden; (b) Umwelt- oder Naturbedingungen wie schlechte Luft, Keime, Staub, übermäßige Kälte oder Hitze, schlechte Ernährung oder Armut; und (c) übernatürliche Kräfte wie böswillige Geister, Pech oder die Hexerei lebender Feinde, von denen angenommen wird, dass sie aus Rache oder Neid Schaden anrichten (MOLINA et al. 1994). Behinderung wird in der dominikanischen Kultur oft in diesem Glaubensrahmen betrachtet. Der Glaube, dass moralische Verstöße oder übernatürliche Ursachen für die Behinderung einer Person verantwortlich sind, kann bei der Familie zu Schuld- oder Schamgefühlen führen und zur Ausgrenzung der Person mit Behinderungen führen. Umgekehrt kann die Zuschreibung umweltbedingter oder natürlicher Ursachen zu einer</p>

	Behinderung die Entwicklung von Strategien zur Überwindung von Hindernissen erleichtern, die das Maß an Unabhängigkeit und vollständiger Einbindung des Einzelnen in alle Aspekte der Gesellschaft minimieren.
Vietnam	Es gibt zwei allgemeine Sichtweisen auf Behinderung in der vietnamesischen Gesellschaft. Bis wissenschaftliche Beweise auftauchten, die Agent Orange mit vielen Formen angeborener Behinderung in Verbindung brachten, führten Vietnamesen die Behinderung auf einen traditionelleren Glauben zurück, dass es sich um eine Strafe für die von den Vorfahren begangenen Sünden handele. Die moderne Sicht auf Behinderung führt fast alle Formen von Behinderungen auf Agent Orange und Kriegsverletzungen zurück. Beide Ansichten haben Konsequenzen für den Umgang der Gesellschaft mit Menschen mit Behinderungen.

Gleichwohl ist zu beachten, dass auch Migration und Kultur in ständiger Veränderung sich befindet und in unserer sich ebenfalls stetig verändernden Gesellschaft ebenso einer Wechselwirkung unterliegt. Somit sind die jeweiligen Konzepte von Behinderung und Kultur veränderlich. Bestehende Beschreibungen sind möglicherweise nur als Anker zu verstehen und müssen immer wieder individuell neu erfragt und erfasst werden.

Vielleicht trifft das Zitat von Herrn Prof. Andreas HEINZ, aus einem Interview in der ZEIT, 2012, auf die Frage wie sich die psychosozialen Einrichtungen auf Menschen mit Migrationshintergrund einstellen können um die Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen zu gestalten:

...Aber am wichtigsten wäre meines Erachtens, dass in psychosozialen Einrichtungen eine große Offenheit und Neugier auf den Patienten herrscht. Allein schematisches Wissen anzuhäufen, bringt nichts, man kann sowieso nicht alle Herkunftsländer kennen. Wir brauchen also praxisnahe Schulungen, in denen Mitarbeiter ermutigt werden, offen zu fragen und sich für andere Lebensweisen und Interpretationsmuster zu interessieren.“

Untenstehendes Modell von KRÄMER & QUAPPE (2006) unterscheidet die Kultur in bewusste und unbewusste Kultur, wobei gerade die Aspekte der unbewussten Kultur häufig zu wenig beachtet werden. Dies insbesondere in Wechselseitigkeit unserer eigenen aber auch der uns begegnenden anderen Kultur. Julia KRISTEVA (1999) schreibt dazu in „*Fremde sind wir uns selbst*“, *In der faszinierten Ablehnung, die der Fremde in uns hervorruft, steckt ein Moment jenes Unheimlichen [...]. Das Fremde ist in uns selbst.“*



Abb.1: Eisbergmodell der Kultur nach Krämer & Quappe (2006)

Sichtbare bewusste Kultur:

Sprache, Sitten, Bräuche, Kleidung, Musik, Theater, Literatur, Essen etc.

Unsichtbare unbewusste Kultur:

(Normen, Werte, Grundannahmen)

Umgang mit Zeit, Raum, Unsicherheit, Macht, Emotionen, Konflikten

Vorstellungen über Schönheit, Sünde, Anständigkeit, Logik, Wahrheit

Bedeutung von Armut, Identität, Ehre, Freiheit, Gerechtigkeit, Freundschaft, Arbeit

Insbesondere im Hinblick auf Umgang mit Zeit und Struktur einer individualistischen Gesellschaft oder kollektivistischen Gesellschaft sei auf FALKENSTÖRFER (2017) verwiesen.

Bezüglich der Sprache hat SENCKEL (2016, 279) hinsichtlich Kultur und Sprache folgende Besonderheiten herausgearbeitet:

- Wenn Werte und Sichtweisen kulturell vermittelt werden, stellen sie einen kulturellen Einfluss auf die Reizverarbeitung dar.
- Ebenso lenkt die Sprache den Wahrnehmungsprozess; denn sie stellt mit ihren Begriffen die Einteilungen und Deutungsmuster bereit, deren sich das Gehirn bei der Reizbeurteilung bedient.
- Die Farben des Regenbogens beispielsweise gehen kontinuierlich ineinander über. Wir aber ordnen sie abgrenzenden Farbnamen zu – lila, blau, grün, gelb, orange, rot, violett –, obgleich es keine Linie gibt, die anzeigt, wo Gelb aufhört und Orange beginnt. Die Eskimos, um ein anderes Beispiel zu nennen, haben eine Vielzahl verschiedener Wörter für Eis und Schnee – je nach ihrer Qualität.
- Mitteleuropäer besitzen weder die Klimaerfahrung und damit die Wahrnehmungsschulung der Eskimos noch ihre sprachlichen Differenzierungsmöglichkeiten.
- So fehlt ihnen die begriffliche Bahnung, die das Erkennen der Unterschiede erleichtert.
- Es wäre vermessen zu behaupten, nur das, wofür die Sprache über Begriffe verfügt, ließe sich wahrnehmen. Dennoch stellt sie ein wichtiges Mittel für den Kodierungsprozess dar und macht darüber hinaus die Wahrnehmung erst mitteilbar.“

Gemäß dem Bild von Frau SENCKEL zeigt sich die Komplexität des Einflusses der Kultur auf die Verarbeitung und Ausdruck der Sprache, insbesondere auch bei Menschen mit Behinderung. Ferner sind wie so oft kulturübergreifende Kommunikationsmittel, wie beispielsweise die Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation und Gebärdensprachen nicht vorhanden oder nicht kompatibel. Darüber hinaus werden für Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund im Erwachsenenalter kaum Sprachkurse angeboten. Dies bedeutet, dass die Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung in dem vorhandenen System der Behindertenhilfe ohne Unterstützung der Angehörigen kaum zur Sprache kommen können. Dies bedeutet in der Folge, dass diese Menschen kaum zur Sprache kommen können um ihre Bedürfnisse zu äußern.

Menschen mit Migrationshintergrund haben für sich auch eine Sprache im Verständnis von Behinderung, Erkrankung, Symptome und Symptomverstehen entwickelt, die unabhängig von Behinderung interkulturell sehr differiert. So hat KIZILHAN (2011) dargestellt, wie Menschen bestimmte Beschwerden/Belastungen der Psyche ganz spezifisch Organen zugeordnet haben und so ihre Belastung zur Sprache und in ein Verständnis bringen zu können.

Grundhaltung der Begleiter gegenüber der anderen Kultur und auch in Bezug auf den Umgang der Behinderung:

QUINODOZ (2004) beschreibt, wie wichtig es ist, im Umgang mit Patienten eine Sprache zu finden, die diese anspricht, Worte, die Menschen berührt, und dadurch es gelingt, zugleich Phantasie, Verstand, Gefühle und Empfindungen zu erreichen.

- Hierfür ist die Bereitschaft zur Reflexion der eigenen persönlichen kulturellen Prägungen erforderlich um nicht eigenes unbewusst überzustülpen.
- Akzeptanz anderer kulturell geprägter Erlebens- und Verhaltensweisen
- Wissensaneignung über verschiedene Kulturen und eine Offenheit gegenüber anderer Kulturen.
- Nicht zu schnelles erfragen der gewünschten Form der Unterstützung, bisherige Erfahrungen und kulturellen Haltungen
- Zu berücksichtigen, dass unsere Strukturen des Leben und Arbeitens für Menschen mit Behinderung nicht dem Selbstverständnis und des Verständnisses der eigenen Persönlichkeit des Menschen mit Behinderung ist.
- Zurückhalten von Vorschnellen Vorschlägen und Erwartungen, dass diese auch umgesetzt werden, da dies zur Überforderung der Familie und zum Abbruch des Kontaktes führen kann.
- Bereitschaft komplexe für uns selbstverständliche Strukturen zu erklären um die systemischen Zusammenhänge deutlich zu machen
- Wir scheuen uns es zu erfragen
- Wir sind jedoch proaktiv im Erfragen von Einschränkungen, was häufig sehr irritierend für die Betroffenen sind, da beispielsweise schambesetzt oder diese es aus ihrem kulturellen Verstehen es nicht so empfinden.

Wechselwirkung in der Kommunikation zwischen Migration und Behinderung

Mögliche Erwartung seitens der Menschen mit Migrationshintergrund, unabhängig von Behinderung, in Gesprächen: KIZILHAN (2011) bezeichnet dies als eine gemeinsame Sprache finden und verweist auf die Eigenarten in der Kommunikation in kollektivistischen Kulturen allgemein hin:

- Beziehungsbezogen, personenzentriert
- Im Vordergrund stehe zunächst der Beziehungsaufbau
- Indirekt, bildhaft, emotional, persönlich gefärbt.
- Sachbezogene Themen werden eher über „Umwege“ intuitiv gestaltet
- Beziehungsebene wird stark ritualisiert
- Rangordnungen werden eher eingehalten

- Teilweise geschlechtlich getrennte Kommunikationswelten, geschlechtsspezifische Rollenbilder
- Mehr Ausdruck in Mimik und Gestik (Ausnahme seien ostasiatische Kulturen)
- Körperhaltungen und Verbalisation sind Ausdruck von indirekt mitgeteilten Botschaften an den Anderen

Tab. 2: Interaktion in der Behandlung von Patienten aus familienorientierten Gesellschaften (Kizilhan 2011)

Kontakt	Freundlich, zugewandt, wartend auf Anweisungen und Vorgaben des Psychotherapeuten
Hierarchie	Konzentriert auf Hierarchie und Status (Psychotherapeut hat eine hohe hierarchische Position)
Respekt	Erwarten Intimität bei ausreichender Distanz und Einhaltung von kulturellen Regeln (z.B. bei Begrüßung von gleichgeschlechtlichen Personen die Hand reichen oder aufstehen, wenn Sie den Raum betreten)
Harmonie	In der Beziehung auf Harmonie bedacht, Konflikte und Auseinandersetzungen, Argumentation werden eher vermieden. Möchten nicht bloßgestellt werden. Widerspricht möglicherweise nicht dem Psychotherapeuten, um dessen Autorität nicht in Frage zu stellen.
Scham statt Schuld	Vor allem islamisch-familienorientierte Gesellschaften verfügen eher über eine Scham- als über eine Schuldkultur. Daher stehen körperliche Beschwerden als psychische Konflikte.
Kollektives Denken	Psychische Konflikte können als eine Schwäche gesehen werden, die wiederum zu einer Ablehnung durch das Kollektiv führen kann. (<i>Die Person ist schwach und für das Kollektiv nicht zu gebrauchen</i>). Körperliche Beschwerden sind aber etwas „Sichtbares“ und werden als Krankheit akzeptiert
Erst der Körper, dann die Seele	In den ersten Behandlungsstunden geht es vornehmlich um körperliche Beschwerden, die auch als indirekte Hinweise auf psychische Konflikte verstanden werden können. Bei ausreichendem Vertrauen und entsprechender Beziehungsgestaltung werden dann möglich psychische Konflikte und Belastungen thematisiert.
Ratschläge und klare Direktiven	Erwartet von dem Psychotherapeuten Informationen über seine Krankheit, Ratschläge auch in Form von Beratung und klare Direktiven, was er in der Behandlung zu machen hat (Medikation, Massagen, Körperliche Untersuchung).
Die imaginäre Familie in der Einzeltherapie	Beschwerden, mögliche Konflikte und Belastungen in der Einzelbehandlung werden immer in Relation zu der familiären Situation gestellt (<i>Mein Rückenschmerz führt dazu, dass ich nicht arbeiten kann und damit nicht in der Lage bin, meine Familie zu versorgen; meine Kinder verlieren den Respekt vor mir, wenn sie erfahren, dass ich noch eine Depression habe etc.</i>)

Passives Krankheitsverhalten	Nicht der Einzelne mit seinen persönlichen Merkmalen und eigenen Anteilen, sondern außerhalb des Individuums liegende Faktoren –wie familiäre, berufliche oder soziale Bedingungen – werden in hohem Maße verantwortlich gemacht. (<i>Seit meine Tochter eine Beziehung zu einem Mann hat, ohne verheiratet zu sein, sind meine Schmerzen unerträglich geworden. Wenn Sie heiraten, dann muss ich mich in der Gemeinde nicht so schämen und ich könnte die Schmerzen besser aushalten</i>).
------------------------------	---

Wechselwirkung Migration und Behinderung in Bezug auf die Besprechungskultur/Setting:

Wir geben oft vor, in welchem Rahmen die Gespräche mit den Menschen mit Migrationshintergrund stattfinden und hinterfragen unsere Haltung nicht. Es kann für den Beziehungsaufbau sehr hilfreich sein zu erfragen, wie und wo soll das Gespräch geführt werden. Je nach Kultur sind andere Gegebenheiten beispielsweise die Anzahl der Personen die an einem Gespräch teilnehmen wollen völlig anders strukturiert und wir erhalten wesentliche Informationen nicht. Des Weiteren kann der Ablauf und die Dauer von Gesprächen in vielen Kulturen völlig anders strukturiert sein und es ist sicherlich hilfreich sich vorher darüber zu verständigen. Die Organisation des Dolmetschers, erfragen der adäquaten/besten Sprache, da viele mehrere Sprachen zur Auswahl geben und es dadurch zu einer schlechteren Verständigung kommen.

Wechselwirkung Migration und Behinderung in Bezug auf das Hilfesystem und deren Einordnung seitens des Betroffenen und der Angehörigen

In vielen Kulturen besteht nur ein sehr rudimentäres Hilfesystem, bzw. werden Menschen in der jeweiligen Kultur nicht in einer Sonderwelt gesehen, sondern integriert. Dieses barrierearme, hochinstitutionalisierte, komplexe Hilfesystem für Menschen mit Behinderung in Deutschland ist für Menschen mit Migrationshintergrund kaum ohne Unterstützung zu erreichen. Eine eigene Terminologie der Eingliederungshilfe, die mit Deutschkursen nicht vermittelt wird erzeugt eine neue Barriere. Wird es über Vermittlung erreicht zeigen sich erneut Wechselwirkungen im Verständnis von Behinderung. Selbst innerhalb der Familien wird eine unterschiedliche Definition von Behinderung und den Umgang damit deutlich. So zeigte sich, dass Eltern eines jungen Mannes mit Migrationshintergrund die Werkstätte als Ausbildungsplatz für Mechatronik definierten um ihrer Kränkung über die Behinderung des Kindes nicht konfrontiert werden zu müssen. Der junge Mann hingegen benannte es als Werkstätte und konnte es für sich sehr gut annehmen und einordnen. Andere wiederum verstehen das System als Kränkung und keinesfalls als Unterstützung und lehnen den Behinderungsbegriff für sich ab. Zitat: "Ich will arbeiten und Geld verdienen, ich bin nicht behindert." Wieder andere Menschen mit Behinderung suchen unabhängig von den Angehörigen die Lebenswelten von sich aus auf kommen jedoch nie in das System, da es seitens der Angehörigen nicht notwendig erscheint. Je nach Kulturkreis ist der Wunsch nach Verselbständigung versus Sicherheit und Vorrang gegenüber der Versorgung im Rahmen der Familie ausschlaggebend. Für manche Angehörige ist es der Wunsch nach Förderung und Behütung, dass die Menschen in einen geschützten Rahmen kommen können und suchen sehr

genau eine optimale Versorgung. Einige Familien sind oft dankbar und froh über das System in Deutschland, da es im Heimatland die Unterstützung nicht gibt. Für viele ist es sogar ein Grund das Heimatland zu verlassen. Für manche Familien bedeutet es eine Doppelbelastung und eine Einschränkung in ihrem Handlungsspielraum als auch in der gesellschaftlichen Position. Ein anderes Phänomen zeigt sich, dass die Verantwortlichkeit der Eltern sich nochmals verändert, sodass klassische kulturgeprägte Rollenverteilungen aufbrechen können. Eine Gleichberechtigung in der Erziehung sich zeigt und gegenseitiger Entlastung. Deutlich zu beobachten ist die Verantwortung der Geschwister für die Menschen mit Behinderung.

Ein anderer Aspekt ist das Rollenverständnis in der Kultur und die Wechselwirkung in Bezug auf die Behinderung. So beschäftigte sich ein junger Mann mit Behinderung, nach dem Tod seines Vaters damit, dass er nun eigentlich die Familie führen müsste und geriet darüber in eine Depression. Im Rahmen der Covid 19 Pandemie wollte er aus Scham, bei der ersten Besuchsmöglichkeit der Familie im Wohnheim sich nicht zeigen.

Wechselwirkung im Bereich Dolmetscher/Sprachmittler und Behinderung

Seitens des Hilfesystems, seien es Kostenträger oder Leistungserbringer, werden selten Dolmetscher oder Sprachmittler engagiert. Häufig geschieht dies aus der Fehlannahme heraus, dass es für Sprache keine Dolmetscher gibt und die Familienangehörige ganz selbstverständlich übersetzen. Das Gespür für die Überforderung der Angehörigen, insbesondere wenn es sich um Geschwister handelt wird zu wenig erkannt. Eine weitere Problemlage zeigt sich darin, dass Dolmetscher sind im Rahmen der Terminologie der Eingliederungshilfe kaum geschult sind.

Dolmetscher sind für Menschen mit Behinderung selten geschult. Es bestehen teilweise Berührungängste oder Unsicherheit in der Kontaktaufnahme. Dies verleitet daher noch mehr sich nur auf die Angehörigen zu konzentrieren und zu wenig auf das Gespräch mit den Menschen mit Behinderung.

Im Rahmen der Schulung in Freiburg werden die Fragen nach den Kommunikationshilfen und deren Nutzung gestellt, beispielsweise Talker, Ich-Bücher, unterstützte Kommunikation und Kommunikationstafeln. Formuliert wird ebenfalls ein Interesse an Gebärdendolmetscherschulung um die nonverbale Kommunikation zu stärken. Problematisch ist hierbei, dass die Gebärden oft familienintern entwickelt wurden in Ermangelung von adäquaten Strukturen und deshalb in einer einzigen Sitzung kaum übersetzbar sind.

Wechselwirkung in der psychologischen Fähigkeitsdiagnostik bei Menschen mit Migration und Behinderung

Die Testverfahren für die kognitive Leistungsfähigkeit weisen leider mehr kulturabhängige Variablen auf als bisher angenommen. Für die Kinder ist davon oftmals die Beschulung abhängig. Für Erwachsene steht die etwaige Eignung für Berufe auf dem Spiel. Eine kulturfaire Testung ist anhand der Testmaterialien leider kaum zu gewährleisten, da wir die Lerngeschichte und Lernkultur zu wenig kennen. Hinzu kommt die psychische Belastung aufgrund der psychosozialen Umstände oder auch der Fluchterfahrung, welche dazu führen, dass die Ergebnisse der Leistungsdiagnostik aufgrund beispielsweise von Konzentrationseinschränkung, Symptome einer psychischen Erkrankung und

Leistungsängstlichkeit nicht objektiv sind und nicht das Potential der Testpersonen widerspiegeln.

Menschen lernen in anderen Kulturen auf andere Art und Weise. Es gibt beispielsweise 12 Möglichkeiten um Zählen zu lernen. Ein anderer Aspekt zeigt sich in der fehlenden oder sehr begrenzten Schulbildung. Häufig wird berichtet, dass es wenig oder keine Schulbildung im Heimatland, oder es ist aufgrund der langen Fluchtgeschichte keine Beschulung möglich gewesen ist.

Dies bedeutet, dass Menschen mit Behinderung und Migrations/Fluchthintergrund an der Art und Weise der Präsentation des Lerninhaltes in deutschen Schulsystemen je nach Vorbildung und Unterstützung vielfach Probleme haben. Hinzu wird das Lernen von psychosozialen Belastungen moderiert, in welchem Konzentration, Aufmerksamkeit zentrale Kriterien sind welche ebenfalls nicht zur Stabilisierung im schulischen Bereich beitragen. Zusätzlich werden in den Testverfahren auch Lerninhalte einer bisherigen schulischen Laufbahn in unserem Kulturkreis abgefragt. Dies führt meist bei der Testung zu keinem objektiven Ergebnis. Insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund können kaum an unser Lernsystem, bzw. der Darbietungsweise der Lerninhalte anknüpfen. Die Lernkonzepte sind nicht aktiviert und können nicht daher auch nicht abgerufen werden. Sprachfreie Intelligenztestverfahren beispielsweise die Matrizen des SPM konnte von vielen nicht wirklich erfasst werden, obwohl dieser als relativ kulturfrei gilt. Im Rahmen der Erprobung des CFT 20-R konnte festgestellt werden, dass die Tests im Vergleich zu andere Verfahren „relativ kulturfrei“ eingeordnet werden konnte.

Anhand einer Stichprobe von 12 Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund, zeigte sich bei der Intelligenzdiagnostik mit dem des Son-R 6-40 (von welchen sechs mit Dolmetscher und sechs ohne Dolmetscher) bei unterschiedlichen Versuchsleitern durchgeführt wurde, zeigte sich durchgängig in den Untertests Mosaik (Mosaik: Mit dem Untertest wird die Fähigkeit zur Erfassung von Formrelationen zwischen Teilen und dem Ganzen sowie die Analyse der Vorlage und Synthese der Einzelteile abgeprüft. Somit wird also primär das Denken in räumlichen Beziehungen erfasst.) und Zeichenmuster (Zeichenmuster: Dieser Untertest überprüft das räumliche Denken, die Fähigkeit, die Raumlage und Anordnung einer Figur differenziert visuell wahrzunehmen und wiederzugeben sowie visuomotorische Fertigkeiten einschließlich der Handlungsplanung) weit unterdurchschnittliche Ergebnisse. Gleichzeitig schnitten die Personen in den anderen Subtests durchschnittlich ab. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Untertests Mosaik und Zeichenmuster kulturabhängig sind.

Die sogenannten Cut Off Kriterien in den Testverfahren sind für Menschen mit Migrationshintergrund je nach Bildungshintergrund kaum haltbar. Beobachtbares Lernen bei der Durchführung lässt vermuten, dass die Menschen während der Durchführung das geforderte Konstrukt erfassen können und während der Durchführung lernen. Dass sie hierfür aber nochmals eine Erläuterung der Testaufgabe benötigen. Deutlich wurde dies beispielsweise bei dem Testverfahren Turm von London (TLD). Beim Turm von London handelt es sich um eine Transformationsaufgabe zur Erfassung des konvergenten problemlösenden Denkens. Laut Beschreibung der Testzentrale erfasst der TLD, komplexe Planungsprozesse, bei denen eine Vielzahl möglicher Handlungsoptionen erkannt und in der Vorstellung auf ihre Brauchbarkeit hinsichtlich des erwünschten Zielzustandes geprüft werden müssen (Problemlösendes Denken).

Psychosozial bestehen insbesondere bei mangelnder Schulbildung sehr viele Ängste in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und Vorbehalte gegenüber der Testung.

Gravierende Fehleinschätzung der kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Einschränkungen insbesondere im Kinder- und Jugendbereich werden von verschiedenen Autoren, u.a. FALKENSTÖRFER berichtet. Der CFT 20-R lässt laut der Testzentrale auf eine Verbesserung der Situation hoffen.

Ausblick

In der Interdisziplinarität im System der Hilfe für Menschen mit Behinderung liegt aus meiner Sicht eine große Ressource um gerade die Vielfalt und den individuellen Zugang zum jeweiligen Menschen und kulturellen Hintergrund gemeinsam gestalten zu können.

Die Offenheit gegenüber Menschen in ihrem Anderssein ist eine Ressource die vielleicht zu wenig genutzt wird. Insbesondere das kultursensible Arbeiten in den Einrichtungen und Diensten der Menschen mit Behinderung wird häufig unter dem vorrangig gesehenen Aspekt der Einschränkung zu wenig beachtet. Das kultursensible Arbeiten steht sicherlich noch am Anfang, so wie es im Anfang der Methoden in der Forschung steht. Wünschenswert wäre ein Kapitel in der AWMF Leitlinie zum Thema Menschen mit Behinderung und Migrations/Fluchthintergrund, da dies insbesondere im Bereich der Diagnostischen Verfahren eine Herausforderung darstellt.

Möglicherweise liegt in der Hilfe für Menschen mit Behinderung das Problem zugrunde mit einer Randgruppe zu arbeiten und dennoch die Vielfalt nicht zu sehen und zu wenig zu integrieren. Wichtig ist, dass Menschen mit Behinderung und Migration nicht länger unsichtbar bleiben und zur Sprache kommen können. Das Projekt mina-vielfalt macht sich mit Familien mit Kindern aus dem Bereich Migration und Behinderung auf den Weg um sichtbar zu werden.

Literaturverzeichnis

- Falkenstörfer, S. (2017): Die Relevanz von Kultursensibilität im Kontext von Migration und Behinderung. Geistige Behinderung und Migration - Interdisziplinäre Herausforderungen für Forschung und Praxis. Dokumentation der Jahrestagung der DIFGB am 10.-11. November 2016 (Kassel). Materialien der DIFGB, Bd.7, Eigendruck der DIFGB, Leipzig
- Franz, J. & Unterkofler, U. (2021): Forschungsethik in der Sozialen Arbeit: Prinzipien und Erfahrungen. Budrich, Kizilhan, Jan İlhan (2016): Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen. Transkulturelle Behandlungsmethoden und Techniken am Beispiel der Frauen aus dem Irak. Berlin: VWB, Verl. für Wiss. und Bildung (Forum Migration, Gesundheit, Integration, Bd. 9).
- Korntheuer, A. (2021): An der Schnittstelle von Flucht und Behinderung. Ergebnisse einer Analyse der Unterbringungs- und Versorgungssituation von Geflüchteten mit Behinderung in der Kommune München. In: Judith Vey und Salome Gunsch (Hg.): Unterbringung von Flüchtenden in Deutschland: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, S. 149–174.
- Krämer, Gesa; Quappe, Stephanie (2006): Interkulturelle Kommunikation mit NLP. Einblick in fremde Welten. Berlin: Uni-Edition.
- Kristeva, Julia (1999): Strangers to ourselves. New York, Chichester: Columbia University Press (European perspectives).
- Molina, C., Zambrana, R.N., Aguirre-Molina M. (1994) The influence of Culture, Class and Environment on Health Care. In: Latino Health in the U.S., A growing Challenge, edited by Carlos Molina and Marilyn Aguirre-Molina. American Public Health Association.
- Otten, M. (2019). Partizipative Forschung zur Teilhabe von geflüchteten Menschen mit Behinderung. In V. Klomann, N. Frieters-Reermann, M. Genenger-Stricker & N. Sylla (Hrsg.), Forschung im Kontext von Bildung und Migration (S. 181–194). Wiesbaden: Springer VS.
- Otten, M. (2020). Kategorisierung und Repräsentation: Methodologische Grenzerkundungen zur Forschung über Flucht und Behinderung. In D. Brehme, P. Fuchs, S. Köbsell & C. Wesselmann (Hrsg.), Zwischen

- Emanzipation und Vereinnahmung. Disability Studies in deutschsprachigen Ländern (S. 151–157). Weinheim: Juventa.
- Quinodoz, Danielle (2004): Worte, die berühren. Eine Psychoanalytikerin lernt sprechen. Tübingen: Ed. diskord.
- Schmidt, K. (2011): Beeinträchtigt, nicht behindert. Welt-Sichten H.2 (2011)
- Senckel, Barbara (2010): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung. 9., durchges. Ausg. München: Beck.
- Steiner, J. (2020): "Guter Lohn für gute Arbeit"? Legitimation und Kritik im Regulierungsprozess der Rund-um-die-Uhr-Betreuung betagter Menschen in Schweizer Privathaushalten. In: Swiss Journal of Sociology 46(2) 2020, S. 281-303.
- Stone, John H. (2006): Culture and disability. Providing culturally competent services. Princeton, N.J.: Recording for the Blind & Dyslexic (Multicultural aspects of counseling series, 21).

Weiterführende Literatur

- Aichberger, M. C.; Schouler-Ocak, M.; Rapp, M. A.; Heinz, Andreas (2008): Transkulturelle Aspekte der Depression. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51 (4), S. 436–442. DOI: 10.1007/s00103-008-0512-y.
- Brandmaier, Maximiliane (2023): Sich auf den Weg machen. In: *Trauma & Gewalt* 17 (1), S. 50–62. DOI: 10.21706/tg-17-1-50.
- Halfmann, Julia (2014): Migration und Behinderung. Orientierungswissen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer (Basis Material. Geistige Behinderung - Lernschwierigkeiten).
- Lersner, Ulrike von (2017): Kultursensitive Psychotherapie. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Band 64).
- Möller, Hans-Jürgen (Hg.) (2008): Allgemeine Psychiatrie. 3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer
- Teilhabeforschung (2013) Konturen eines neuen Forschungsfeldes (2022): Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Vey, J. & Gunsch, S. (Hg.) (2021): Unterbringung von Flüchtenden in Deutschland. Inklusion, Exklusion, Partizipation?. Baden-Baden: Nomos
- Westphal, Manuela; Wansing, Gudrun (Hg.) (2019): Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste. Wiesbaden: Springer VS.
- Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (2006): Transkulturelle Psychiatrie -- Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Onlineresourcen

- <https://acl.gov/about-acl/about-national-institute-disability-independent-living-and-rehabilitation-research> (NIDR 2001)
- https://api.bptk.de/uploads/20101101_interkulturelle_pt_symposium_57e27b34fc.pdf
- <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2020/artikel/gefluechtete-menschen-mit-behinderung>
- <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/gesundheit/gefluechtete-mit-behinderung>
- <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Evaluation+des+Programms+%28diakonie-michaelshoven.de%29>
- <https://www.difgb.de/fachtagungen/download/1147/465/17>
- https://jasmin.goeg.at/1016/1/Endbericht_Blickwechsel.pdf
- <https://mina-vielfalt.de/partizipatives-projekt>
- <https://www.testzentrale.de/thema/kulturunabhaengige-intelligenzdiagnostik-bei-fluechtlingen>
- <https://www.testzentrale.de/thema/intelligenzdiagnostik-bei-gefuechteten>
- WMF Leitlinie (2015) 2 k „Intelligenzminderung“. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-042.html>
- ZEIT ONLINE: Integration: "Ausgrenzung ist ein unglaublicher Stressfaktor" |

Besonderheiten der Psychopharmakotherapie bei Personen mit Migrationshintergrund

Eva Janina Brandl

Zitierweise:

Brandl, E.J. (2023): Besonderheiten der Psychopharmakotherapie bei Personen mit Migrationshintergrund. In: Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 10. März 2023 (Online). Materialien der DGSGb Bd. 50. Berlin: Eigenverlag der DGSGb, S.25-31

Einleitung

Personen mit geistiger Behinderung erhalten zur Behandlung verschiedener psychiatrischer Symptome häufig mehrere Medikamente. Teilweise erfolgt die Gabe von Psychopharmaka auch, ohne dass eine ganz klare psychiatrische Diagnose bzw. Indikation dafür vorliegt, oft auch in hohen Dosen und problematischen Kombinationen von Medikamenten (COSTELLO et al., 2022). Gleichzeitig besteht bei Personen mit geistiger Behinderung häufig eine erhöhte Anfälligkeit für das Auftreten von Nebenwirkungen, so dass eigentlich ein vorsichtiger Einsatz von Medikamenten und ein sorgfältiges Monitoring von Nebenwirkungen erfolgen sollten (HÄSSLER, 2016). Somatische Komorbiditäten, die zusätzlich zur psychopharmakologischen Behandlung eine medikamentöse Therapie erfordern, führen zu einer weiteren Verkomplizierung der Pharmakotherapie und zu gehäufterem Auftreten von Polypharmazie. Dieser Begriff ist in der Literatur nicht einheitlich definiert, sehr häufig wird jedoch die Definition der Weltgesundheitsorganisation genutzt, die eine gleichzeitige und längerfristige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten als Polypharmazie bezeichnet (WHO, 2019). Mit steigender Anzahl von eingenommenen Medikamenten steigt jedoch im Allgemeinen das Risiko für das Auftreten Arzneimittelinteraktionen (BRANDL & MENKE, 2019). Schließlich ist es auch von großer Bedeutung, eine angemessene Wirksamkeit der Medikation sicherzustellen und frustrane Therapieversuche aufgrund von Unwirksamkeit oder Nebenwirkungen möglichst zu vermeiden. Somit ist eine sorgfältige Planung und fortlaufende Evaluation der Pharmakotherapie, einschließlich Psychopharmaka, von Personen mit geistiger Behinderung von großer klinischer Relevanz. Hierbei ist auch eine Berücksichtigung individueller Faktoren zentral, die zur Dosisfindung, Verhinderung von Nebenwirkungen und Sicherstellung einer guten Therapieadhärenz beitragen können. Neben Alter, Geschlecht, Lebensstil, Ernährung, Begleiterkrankungen, Art und Dauer der psychiatrischen Symptomatik spielen auch Migrationserfahrung und Ethnizität eine wichtige, oft in Entscheidungsprozessen zur Medikation unzureichend berücksichtigte Rolle. Kulturelle Faktoren, die z.B. die Einstellung von Personen mit Migrationshintergrund zu psychischen Erkrankungen und deren Behandlungen beeinflussen, können ebenso wie ethnische Besonderheiten bezüglich der Verträglichkeit und Wirksamkeit von Medikation den Behandlungsverlauf entscheidend beeinflussen. Im Folgenden werden daher zunächst einige allgemeine klinische Aspekte der Psychopharmakotherapie bei Personen mit Migrationshintergrund diskutiert, bevor dann Beispiele ethnizitätsspezifischer Unterschiede im Metabolismus und der Wirkung von Psychopharmaka dargestellt werden.

Allgemeine klinische Aspekte

Verschiedene klinische Aspekte der psychiatrischen Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund sind auch bei der Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung von großer Relevanz. Im Allgemeinen ist der Zugang zum Gesundheitssystem für Personen mit Migrationshintergrund deutlich erschwert. Insbesondere psychiatrische und psychotherapeutische Angebote werden deutlich seltener in Anspruch genommen als von Personen ohne Migrationshintergrund (ANTONIADES et al., 2014). Vorurteile gegenüber psychiatrischen Erkrankungen und Institutionen, Stigmatisierung, negative Erfahrungen mit früheren Behandlungen tragen hierzu ebenso bei wie eine häufig relevante Sprachbarriere. Der Einsatz von Dolmetscher*innen erfolgt trotz klarer Hinweise auf die Vorteile für die Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitswesen (BRANDL et al., 2020b), auch aus ökonomischen Gründen, weiterhin nicht flächendeckend. Kulturelle Einflüsse auf Symptompräsentationen, die z.B. häufig zur Äußerung eher somatischer Beschwerden beim Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung (z.B. (Brandl et al., 2018)) oder zu in Mitteleuropa leicht als psychotisches Erleben eingeordneten Symptomen und damit verbundenen Fehldiagnosen führen können, erschweren oft zusätzlich zur Sprachbarriere das Stellen einer Diagnose (PI & SIMPSON, 2005).

Personen mit Migrationshintergrund in psychiatrischer Behandlung erhalten häufig eher Pharmakotherapie als Psychotherapie (z.B. (Brandl et al., 2023)). Dies kann teilweise durch eine positivere Einstellung gegenüber Medikation als bei Personen ohne Migrationshintergrund (BRANDL et al., 2020a) bedingt sein. Andererseits fanden einige Studien auch eine negativere Haltung von Personen mit Migrationshintergrund gegenüber Medikation (z.B. (SCHRAUFNAGEL et al., 2006; THORENS et al., 2008)). Denkbar wäre daher auch, dass die Tendenz zu Pharmakotherapie eher ein Ausdruck eines mangelnden Zugangs zu psychotherapeutischen Angeboten sein könnte. Gleichzeitig ist die Therapieadhärenz zu einer Pharmakotherapie oft schlechter als bei Personen ohne Migrationshintergrund (z.B. (CRUZ et al., 2012)). Dies könnte durch eine unzureichende Berücksichtigung kultureller Unterschiede in Erklärungsansätzen und Krankheitsmodellen ebenso bedingt sei wie durch eine Sprachbarriere, die das Verständnis der Aufklärung über die Erforderlichkeit der Behandlung oder das Auftreten von Nebenwirkungen beeinträchtigen kann. Auch zeigen sich Unterschiede bezüglich der ärztlichen Verordnungspraxis. Personen mit Migrationshintergrund erhalten teilweise weniger Verordnungen von Medikation und es besteht teils eine Tendenz zur Verordnung eher älterer Medikamente an Migranten (z.B. (TRINH et al., 2012)).

Neben diesen allgemeinen Themenbereichen sind immer wieder auch ethnizitätsspezifische Unterschiede im Ansprechen auf bzw. der Verträglichkeit von Psychopharmaka beobachtet und entsprechende klinische Hinweise entwickelt worden. So existieren Empfehlungen, bei Personen aus Asien mit geringeren Dosen von Medikation zu starten, weil das Risiko für das Auftreten von Nebenwirkungen erhöht ist (CHEN et al., 2002). Bei dieser Population wurde ebenso wie bei Südamerikanern eine erhöhte Empfindlichkeit u.a. für extrapyramidale Symptome beschrieben (CHAUDHRY et al., 2008). Auch gibt es Hinweise für ein schlechteres Ansprechen auf Stimmungsstabilisierer, Antipsychotika und Antidepressiva bei Afroamerikanern im Vergleich zu Europäern (MURPHY & MCMAHON, 2013). Zu Unterschieden in der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikation können im Allgemeinen ganz verschiedene biologische und Umweltfaktoren beitragen. Hier sind u.a. Alter, Geschlecht, das Vorliegen somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten, Begleitmedikation, Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum und Ernährungsgewohnheiten zu

nennen. Auch genetische Faktoren tragen zu individuellen Unterschieden in der Aufnahme, Verteilung, Metabolisierung und Ausscheidung von Medikation (Pharmakokinetik) oder in der Empfindlichkeit von Rezeptoren oder Zielorganen auf die Wirkung eines Medikaments (Pharmakodynamik) bei. Neben Unterschieden im Lebensstil oder in den Ernährungsgewohnheiten existieren auch Unterschiede in der Häufigkeit genetischer Varianten, die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik beeinflussen können, zwischen Angehörigen verschiedener Ethnizitäten, auch wenn innerhalb einer ethnischen Gruppe ebenfalls eine extrem hohe Variabilität existiert. Im Folgenden werden einige Grundlagen pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Einflüsse auf das Ansprechen auf bzw. Nebenwirkungen von Psychopharmaka diskutiert und wichtige Befunde zu ethnizitätsspezifischen Unterschieden zusammengefasst.

Pharmakokinetik

Wie oben erwähnt, spielen verschiedene Prozesse bei der Pharmakokinetik eines Arzneimittels eine Rolle. Pharmakokinetische Variabilität durch ethnizitätsspezifische genetische Unterschiede existieren in verschiedenen Bereichen. Ein prominentes Beispiel ist die reduzierte Alkoholtoleranz von vielen Personen aus Ostasien durch die in dieser Population hohe Frequenz genetischer Varianten der alkoholabbauenden Enzyme Alkoholdehydrogenase und Aldehyddehydrogenase, welche die Aktivität dieser Enzyme beeinflussen. Auch für das Transportprotein P-Glykoprotein 1, das zahlreiche Substanzen und Arzneimittel aus verschiedenen Geweben hinaus transportiert, u.a. auch über die Blut-Hirn-Schranke, sind deutliche ethnizitätsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit einzelner Genvarianten bekannt. Deren klinischer Einfluss ist teilweise jedoch noch ungeklärt bzw. mit widersprüchlichen klinischen Befunden zur Wirksamkeit oder zu Nebenwirkungen von Medikation verbunden (BRANDL & ECKERMANN, 2017).

Da ein großer Teil der Psychopharmaka durch Enzyme aus der Cytochrom P 450 (CYP450) Familie metabolisiert wird und ethnische Unterschiede in der Häufigkeit einzelner genetischer Varianten, die einen Einfluss auf die Aktivität dieser Enzyme haben, gut bekannt sind, wird im Folgenden auf diese und deren Variabilität etwas detaillierter eingegangen. Das CYP450 System setzt sich aus verschiedenen Hämoproteinen mit Oxidoreduktaseaktivität zusammen. Heutzutage sind mehr als 60 Enzyme aus dieser Familie bekannt, wobei für den Metabolismus von Psychopharmaka vor allem die Enzyme CYP3A4, CYP2D6, CYP2C19, CYP1A2, CYP2C9 und CYP2B6 eine Rolle spielen. Für die Metabolisierung der meisten Arzneimittel existieren verschiedene Abbauwege, wobei in der Regel ein CYP-Enzym primär den Abbau einer Substanz übernimmt. Beispielsweise metabolisiert CYP2D6 primär Fluoxetin, Venlafaxin, Risperidon, Haloperidol, während CYP1A2 eine große Rolle im Abbau von Clozapin, Olanzapin und Agomelatin spielt. CYP2C19 wiederum baut zahlreicher Antidepressiva, z.B. Sertralin oder Escitalopram, ab. CYP3A4 ist am Metabolismus einer Vielzahl von Medikamenten involviert und spielt z.B. beim Abbau von Quetiapin eine wichtige Rolle (BRANDL & MENKE, 2019). Die Geschwindigkeit, mit der verschiedene CYP-Enzyme arbeiten, unterliegt einer hohen interindividuellen Varianz. Zahlreiche Einflüsse tragen in unterschiedlichem Ausmaß zu deren klinischer Aktivität bei. Hierzu zählen verschiedene Umweltfaktoren, z.B. Rauchen, der Konsum von bestimmten Nahrungsmitteln & die Einnahme anderer Medikamente, Alter, Geschlecht sowie genetische Faktoren. Hierbei besteht eine unterschiedliche Ausprägung des Einflusses dieser Faktoren zwischen den CYP-Enzymen. Beispielsweise ist CYP1A2 erheblich durch Rauchen induzierbar, was zu einem schnelleren Abbau metabolisierter Medikamente führen kann. Auch CYP3A4 ist in seiner klinischen Aktivität vor allem durch Umwelteinflüsse

beeinflusst. CYP2D6 dagegen kann zwar in seiner Aktivität auch durch Umwelteinflüsse, z.B. durch die Einnahme von inhibierenden Substanzen, moduliert werden, unterliegt jedoch sehr stark genetischen Einflüssen. Die klinische CYP-Enzymaktivität kann generell in verschiedene Aktivitätsgrade eingeteilt werden. Zwar existieren feinere Einteilungen mit mehreren Abstufungen der Enzymaktivität, am häufigsten werden jedoch folgende vier klinische Aktivitätsgrade von CYP-Enzymen definiert: reguläre Enzymaktivität (extensive Metabolisierer oder EM), leicht reduzierte Enzymaktivität (intermediäre Metabolisierer, IM), fehlende Enzymaktivität (langsame Metabolisierer, PM), und gesteigerte Enzymaktivität (ultraschnelle Metabolisierer, UM). Varianten in den kodierenden Genen mit Einfluss auf die Enzymexpression können, allerdings mit einer hohen interindividuellen Variabilität, mit bestimmten klinischen Aktivitätsgraden einzelner Enzyme in Verbindung gebracht werden (Brandl & Eckermann, 2017). Beispielsweise verfügen Personen, die homozygot für das *3-Allel des CYP2D6 sind, nicht über ein aktives CYP2D6-Enzym. Umwelteinflüsse können die Enzymaktivität durch verschiedene Mechanismen modulieren. Einige Substanzen induzieren die Bildung von CYP-Enzymen über eine vermehrte Produktion des Enzyms durch die Zellen, was zu einem beschleunigten Abbau von anderen Medikamenten führen kann. Wichtige Beispiele für solche Induktoren sind neben dem oben genannten Rauchen beispielsweise Johanniskraut und Carbamazepin, die beide als sogenannte Paninduktoren die Bildung verschiedener Enzyme und damit auch deren Abbauaktivität beschleunigen. Dies kann wiederum dazu führen, dass andere Substrate dieser Enzyme deutlich schneller abgebaut und damit potentiell weniger wirksam werden. Andersherum können Substanzen, die Enzyminhibitoren sind, bereits existierende CYP-Enzyme beschädigen und so zu einer verringerten Aktivität führen, was wiederum den Abbau anderer Medikamente verzögert. Beispiele hierfür sind die Antidepressiva Paroxetin, Fluoxetin und Bupropion, welche hoch potente CYP2D6-Inhibitoren sind und dazu führen können, dass die Plasmaspiegel anderer Substrate des Enzyms erheblich ansteigen (BRANDL & MENKE, 2019). Kenntnisse bezüglich wichtiger Inhibitoren und Induktoren sind bei der Verordnung von Psychopharmaka von großer Bedeutung, um relevante und potentiell bedrohliche Arzneimittelinteraktionen zu vermeiden.

Während die meisten Umwelteinflüsse bei Personen mit Migrationshintergrund in einer jeweiligen Region nicht von Personen ohne Migrationshintergrund abweichen, kann es in Einzelfällen, z.B. bei exzessivem Gebrauch einzelner Gewürze mit inhibierender oder induzierender Aktivität, sinnvoll sein, diese Umwelteinflüsse ebenfalls in Überlegungen zur Psychopharmakotherapie mit einzubeziehen. Verschiedene Auskunftsquellen stehen hierzu zur Verfügung, beispielsweise die „Flockhart Table“, welche neben Informationen zu CYP-Enzymen und Arzneimitteln auch Nahrungsmittel enthält (<https://drug-interactions.medicine.iu.edu/MainTable.aspx>). Häufiger zu berücksichtigen sind dagegen ethnizitätsspezifische genetische Unterschiede in CYP-Enzymen, die zu sehr unterschiedlichen Frequenzen klinischer Aktivitätsgrade führen können. Insbesondere für CYP2D6 und CYP2C19 sind ethnische bzw. regionale Unterschiede im Auftreten von bestimmten, die klinische Aktivität erheblich beeinflussenden, Genvarianten gut untersucht. Beispielsweise sind für CYP2D6 weniger als 5% der Mitteleuropäer UM, jedoch bis zu 40% der Personen aus Nordafrika. Die Frequenz von PM ist dafür mit bis zu 10% der Europäer höher als bei Angehörigen anderer ethnischer Gruppen (SISTONEN et al., 2007). Ein UM-Status für CYP2D6 kann durch den schnellen Abbau von Arzneimitteln mit einer unzureichenden klinischen Wirksamkeit verbunden sein. Dies kann beispielsweise zu einer mangelnden klinischen Wirkung von Risperidon führen. Da fast jede zweite Person aus Nordafrika einen UM-Status aufweist, sollte diese pharmakokinetische Besonderheit bei der Verordnung von

Psychopharmaka berücksichtigt werden, um frustrane Therapieversuche zu ersparen. Bei Arzneimitteln, die als Prodrug verabreicht und erst durch CYP-Enzyme aktiviert werden, kann durch einen UM-Status die gegenteilige Problematik entstehen, z.B. können CYP2D6-UM bei Gabe von Codein sehr schnell extrem hohe Morphinspiegel aufbauen, was insbesondere bei Kleinkindern bis zum Tod führen kann (KELLY et al., 2012). Bei CYP2C19 haben unter 5% der Europäer einen PM-Status, jedoch bis zu 25% der Personen aus Ostasien. Die fehlende CYP2C19-Aktivität kann zu einer deutlich höheren Anfälligkeit für Nebenwirkungen führen, was z.B. für einige Antidepressiva beschrieben und mit der Empfehlung einer reduzierten Startdosis verbunden wurde (CHEN et al., 2002). Auch bei Verabreichung von Prodrugs ist bei einem PM-Status mit Problemen zu rechnen. Im Fall des Thrombozytenaggregationshemmers Clopidogrel, welcher als Prodrug von CYP2C19 PM nicht richtig aktiviert wird, kam es im Jahr 2014 sogar zu einer Klage durch den Staat Hawaii gegen den Hersteller, da die Frequenz von mit einem PM-Status verbundenen CYP2C19-Allelen in der dortigen einheimischen Bevölkerung deutlich erhöht und dies mit einer erheblich geminderten Wirksamkeit von Clopidogrel verbunden ist (WU et al., 2015).

Aufgrund der erheblichen interindividuellen Varianz der Enzymaktivität auch bei Trägern der gleichen genetischen Varianten in den CYP-Enzym-kodierenden Genen sind pauschalisierte, rein auf Ethnizität basierende Dosis- und Verordnungsempfehlungen jedoch im Allgemeinen vorsichtig zu handhaben. Wie oben geschildert kann eine Berücksichtigung eines erhöhten Risikos für einen UM- oder PM- Status einzelner Enzyme bei der Verordnung von Psychopharmaka an Angehörigen bestimmter ethnischer Gruppen dennoch hilfreich sein, um die Risiken für Nebenwirkungen oder Unwirksamkeit zu reduzieren. Ethnische Einflüsse sollten jedoch aufgrund der nicht unerheblichen Umwelteinflüsse und anderer die Enzymaktivität modulierender biologischer Faktoren nicht überschätzt werden. Dementsprechend wurde in wissenschaftlichen Arbeiten der letzten Jahre der Unterschied in der Pharmakokinetik zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen eher geringer als in früheren Jahrzehnten eingeschätzt (OLAFUYI et al., 2021).

Pharmakodynamik

Ähnlich wie für viele genetische Varianten, welche die Pharmakokinetik beeinflussen, sind auch für einige Varianten mit Einfluss auf die Pharmakodynamik von Psychopharmaka Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen beschrieben. Die oben genannten Einschränkungen der Befunde, z.B. die hohe interindividuelle Varianz auch innerhalb ethnischer Gruppen bzw. zwischen Trägern der gleichen Genvariante, gelten hier gleichermaßen. Während Befunde zu verschiedenen mit psychiatrischen Erkrankungen und dem Ansprechen auf Psychopharmaka assoziierten genetischen Varianten teils noch nicht ganz eindeutig zuzuordnen oder Teil der klinischen Praxis sind, wie z.B. zu Varianten im Catechol-O-Methyltransferase- und im Serotonintransporter-Gen (BRANDL & ECKERMANN, 2017), ist vor allem der genetische Einfluss auf eine schwere Nebenwirkung von Carbamazepin gut untersucht: Personen, die ein bestimmtes Allel eines Bestandteils der Humanen Leukozyten Antigen (HLA)-Familie tragen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für das Auftreten schwergradiger Hautreaktionen unter Carbamazepin. Das HLA-System spielt eine bedeutende Rolle in der Regulation der Immunabwehr und setzt sich aus mehreren Genen zusammen. Sowohl das Stevens-Johnson-Syndrom (SJS) als auch die toxische epidermale Nekrolyse (TEN) treten erheblich häufiger bei Personen auf, welche das HLA-B*1502 Allel im HLA-B-Gen tragen. Mit einer odds ratio von 2504 ist diese Risikoerhöhung dramatisch (KIM et al., 2010). Dieses Allel ist vorwiegend in

Asien verbreitet, u.a. in China, aber auch in Singapore, auf den Philippinen, in Malaysia oder in Thailand. Die Frequenz dort liegt dort in einigen Populationen bei über 20%, während das Allel bei unter 1% der Europäer auftritt (YASUDA et al., 2008). Die Häufigkeit des Allels und die damit verbundenen erheblichen Risiken haben dazu geführt, dass durch die US Food and Drug Administration bei Angehörigen von Risikopopulationen ein genetischer Test für HLA-B*1502 vor einer Behandlung mit Carbamazepin gefordert wird. Auch für andere Allele im HLA-System liegen mittlerweile Befunde zu ethnizitätsspezifisch erhöhten Risiken für SJS und TEN vor, wobei diese ebenfalls fast ausschließlich asiatische Populationen betreffen. Eine Risiko-Erhöhung bei Behandlung mit Carbamazepin wurde beispielsweise auch bei Trägern von HLA-A*3101, HLA-B*1511 und HLA-B*1521 gefunden. Unter Therapie mit Phenytoin besteht ein erhöhtes Risiko für SJS und TEN bei Trägern von HLA-B*1502 und HLA-B*1513, unter Lamotrigin für Träger von HLA-B*1501 und unter Phenobarbital bei Trägern von HLA-B*5101 und HLA-B*1301 (AHMED et al., 2021). Für die anderen genetischen Varianten liegen bisher keine verbreiteten Empfehlungen für eine Testung vor Therapiebeginn vor. Existierende genetische Testbefunde sollten jedoch in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden, bzw. sollte bei Angehörigen von Risikopopulationen eher eine Alternative zu den mit erhöhten Risiken verbundenen Medikamenten erwogen werden.

Praktische Schlussfolgerungen

Die an sich schon anspruchsvolle psychopharmakologische Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung kann bei Personen mit Migrationshintergrund noch zusätzlich sowohl durch klinische, demographische und kulturelle Faktoren wie Sprachbarrieren, Zugang zum Gesundheitssystem, Therapieadhärenz und Einstellung zur Behandlung, als auch durch ethnizitätsspezifische Unterschiede in Wirksamkeit und Nebenwirkungsrisiken verkompliziert sein. Diese können sowohl durch Unterschiede in der Pharmakokinetik als auch in der Pharmakodynamik bedingt sein. Insbesondere ein schnellerer oder langsamerer Abbau von Psychopharmaka, bedingt durch genetische Varianten mit Einfluss auf die Aktivität von Cytochromenzymen, als auch teils drastisch erhöhte Anfälligkeit für schwere Hautreaktionen v.a. unter Carbamazepin bei Angehörigen bestimmter ethnischer Gruppen sind hier zu erwähnen. Dennoch sollten ethnische Faktoren aufgrund der hohen interindividuellen Variabilität biologischer Faktoren, die Wirkung und Nebenwirkungen von Medikation beeinflussen, nicht pauschalisiert oder überinterpretiert werden und insbesondere nicht dazu führen, dass den Betroffenen eigentlich wirksame und gut verträgliche Medikation vorenthalten wird. Eine sorgfältige Einbeziehung kultur- und migrationspezifischer Faktoren, einschließlich potentieller biologischer Besonderheiten, in die Planung der psychopharmakologischen Behandlung kann dennoch einen Beitrag dazu leisten, dass sich die Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund und geistiger Behinderung verbessern lässt.

Literatur

- Ahmed, A. F., Sukasem, C., Sabbah, M. A., Musa, N. F., Mohamed Noor, D. A., Daud, N. A. A. 2021. Genetic Determinants in HLA and Cytochrome P450 Genes in the Risk of Aromatic Antiepileptic-Induced Severe Cutaneous Adverse Reactions. *J Pers Med*, 11(5).
- Antoniades, J., Mazza, D., Brijnath, B. 2014. Efficacy of depression treatments for immigrant patients: results from a systematic review. *BMC Psychiatry*, 14: 176.
- Brandl, E. J., Dietrich, N., Mell, N., Winkler, J., Gutwinski, S., Bretz, J., Schouler-Ocak, M. 2018. [Clinical and sociodemographic Differences Between Patients with and without Migration Background in a Psychiatric Outpatient Service]. *Psychiatr Prax*, 45(7): 367-374.

- Brandl, E. J., Dietrich, N., Mell, N., Winkler, J. G., Gutwinski, S., Bretz, H. J., Schouler-Ocak, M. 2020a. Attitudes towards psychopharmacology and psychotherapy in psychiatric patients with and without migration background. *BMC Psychiatry*, 20(1): 176.
- Brandl, E. J., Eckermann, G. 2017. Ethnische Aspekte in der Psychopharmakologie. In I. Graef-Calliess, & M. Schouler-Ocak (Eds.), *Migration und Transkulturalität-Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*: 345-357: Schattauer.
- Brandl, E. J., Menke, A. 2019. Wichtige Wechselwirkungen von Psychopharmaka. *Info Neurologie & Psychiatrie*, 21(4): 36-41.
- Brandl, E. J., Reiche, S., Hullmeine, L., Mick, I., Hadzibegovic, J., Zerbe, L. K., Bermpohl, F., Schouler-Ocak, M. 2023. [Utilization of a Specialized Outpatient Service for Parents with Mental Disorders]. *Psychother Psychosom Med Psychol*.
- Brandl, E. J., Schreiter, S., Schouler-Ocak, M. 2020b. Are Trained Medical Interpreters Worth the Cost? A Review of the Current Literature on Cost and Cost-Effectiveness. *J Immigr Minor Health*, 22(1): 175-181.
- Chaudhry, I., Neelam, K., Duddu, V., Husain, N. 2008. Ethnicity and psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 22(6): 673-680.
- Chen, J. P., Barron, C., Lin, K. M., Chung, H. 2002. Prescribing medication for Asians with mental disorders. *West J Med*, 176(4): 271-275.
- Costello, A., Hudson, E., Morrissey, S., Sharma, D., Kelly, D., Doody, O. 2022. Management of psychotropic medications in adults with intellectual disability: a scoping review. *Ann Med*, 54(1): 2486-2499.
- Cruz, I., Serna, C., Rue, M., Real, J., Soler-Gonzalez, J., Galvan, L. 2012. Duration and compliance with antidepressant treatment in immigrant and native-born populations in Spain: a four year follow-up descriptive study. *BMC Public Health*, 12: 256.
- Häßler, F. 2016. Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In T. Messer, & M. Schmauß (Eds.), *Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen*: 115-130. Wien: Springer.
- Kelly, L. E., Rieder, M., van den Anker, J., Malkin, B., Ross, C., Neely, M. N., Carleton, B., Hayden, M. R., Madadi, P., Koren, G. 2012. More codeine fatalities after tonsillectomy in North American children. *Pediatrics*, 129(5): e1343-1347.
- Kim, S. H., Ye, Y. M., Palikhe, N. S., Kim, J. E., Park, H. S. 2010. Genetic and ethnic risk factors associated with drug hypersensitivity. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 10(4): 280-290.
- Murphy, E., McMahon, F. J. 2013. Pharmacogenetics of antidepressants, mood stabilizers, and antipsychotics in diverse human populations. *Discov Med*, 16(87): 113-122.
- Olafuyi, O., Parekh, N., Wright, J., Koenig, J. 2021. Inter-ethnic differences in pharmacokinetics-is there more that unites than divides? *Pharmacol Res Perspect*, 9(6): e00890.
- Pi, E. H., Simpson, G. M. 2005. Cross-cultural psychopharmacology: a current clinical perspective. *Psychiatr Serv*, 56(1): 31-33.
- Schraufnagel, T. J., Wagner, A. W., Miranda, J., Roy-Byrne, P. P. 2006. Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *Gen Hosp Psychiatry*, 28(1): 27-36.
- Sistonen, J., Sajantila, A., Lao, O., Corander, J., Barbujani, G., Fuselli, S. 2007. CYP2D6 worldwide genetic variation shows high frequency of altered activity variants and no continental structure. *Pharmacogenet Genomics*, 17(2): 93-101.
- Thorens, G., Gex-Fabry, M., Zullino, D. F., Eytan, A. 2008. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry*, 8: 55.
- Trinh, N. H., Larocca, R., Regan, S., Chang, T. E., Gilman, S. E., Fava, M., Yeung, A. 2012. Using the Electronic Medical Record to Examine Racial and Ethnic Differences in Depression Diagnosis and Treatment in a Primary Care Population. *Prim Health Care*, 1: 1000106.
- WHO. 2019. Medication Safety in Polypharmacy.
- Wu, A. H., White, M. J., Oh, S., Burchard, E. 2015. The Hawaii clopidogrel lawsuit: the possible effect on clinical laboratory testing. *Per Med*, 12(3): 179-181.
- Yasuda, S. U., Zhang, L., Huang, S. M. 2008. The role of ethnicity in variability in response to drugs: focus on clinical pharmacology studies. *Clin Pharmacol Ther*, 84(3): 417-423.

Kultursensibilität im pädagogischen Alltag

Sophia Falkenstörfer

Zitierweise:

Falkenstörfer, S. E.J. (2023): Kultursensibilität im pädagogischen Alltag. In: Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 10. März 2023 (Online). Materialien der DGSGb Bd. 50. Berlin: Eigenverlag der DGSGb, S.32-40

Einleitung

In den Einrichtungen des Bildungs-, Hilfe- und Sozialsystems in Deutschland treffen vielfältige Lebenswelten aufeinander. Mit *Lebenswelt* ist hier (nach Alfred SCHÜTZ, 1932) der Blick jedes einzelnen Menschen *auf die Wirklichkeit der Welt* gemeint. Je nach dem in welcher *sozialen und kulturellen Um-Welt* der Mensch aufgewachsen ist, kann der Blick auf die Wirklichkeit völlig unterschiedlich sein. Eine Herausforderung in den Einrichtungen ist es nun, allen Menschen (Kindern, Jugendlichen, Eltern, usw.), gerecht zu werden. *Gerecht werden* meint in diesem Fall, dass sich alle Menschen in den Einrichtungen (Schulen, Wohnheimen, Krankenhäuser, usw.) *wohl fühlen*, d.h. dass sie sich in Sicherheit, verstanden und aufgehoben wissen. Das kann v.a. für Menschen mit (familiärer) Wandergeschichte von hoher Relevanz sein, da für sie diese institutionellen Um-Welten fremd und ungewohnt sein können. Wichtig ist auch, dass alle Menschen ein demokratisches und solidarisches *Mit-einander* in den Einrichtungen erfahren und u.a. dort lernen, in unserer (deutschen) Gesellschaft zurecht zu kommen.

Menschen mit Migrationshintergrund können mehrfach benachteiligt sein. Nicht nur durch die Wandergeschichte (der Familie), sondern auch durch ggf. einen unbestimmten Aufenthaltsstatus, Sprachbarrieren, mangelnde Informationen, die Unwissenheit über das unbekannte und fremde Land, usw. Diese Benachteiligungen, die Barrieren darstellen, bedingen sich gegenseitig häufig negativ und können, im Kontext der Hilfesysteme, ihnen und ihren Angehörigen den Zugang zu bestehenden Angeboten in hohem Maße erschweren.

Aufgrund dieser und weiterer Herausforderungen ist es überaus bedeutsam, dass Fachkräfte *interkulturelle Kompetenzen* erwerben, um hinsichtlich der eigenen, sowie anderen Gesellschaften und Kulturen eine bewusste Sensibilität zu entwickeln. Umfängliches Wissen und die daraus entstehende Sensibilität bilden die Grundlagen um *kultursensibel handeln* zu können. Das Ziel kultursensiblen Handelns ist es, ein friedliches und gutes, ein demokratisches, solidarisches und verantwortungsvolles Miteinander zu ermöglichen.

Dabei geht es nicht um Eingliederung von Minderheiten in bestehende Einrichtungen, sondern darum, eine demokratische *Gesellschaft der Vielfalt* gemeinsam zu gestalten.

Kultursensibilität ist eine Frage der Haltung! Diese fordert von pädagogischen Fachkräften eine hohe Reflexionsfähigkeit, begründbare Handlungsmaximen, hohe Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit und fundiertes Wissen.

Migration und Flucht

Spätestens seit den 1990er Jahren ist klar, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist¹. Nachdem in den 1950er Jahren die Heimatvertriebenen zurückgekehrt sind, und seit den 1950er die Arbeitsmigration vorangetrieben wurde, kamen in den 1990er Jahren in großer Zahl geflohene Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und seither kommen – zuweilen in großer Anzahl – Menschen, die aus den Kriegs- und Krisengebieten dieser Welt fliehen müssen nach Europa, und damit auch nach Deutschland.

Migration ist also seit Jahrzehnten ein Thema!

Allerdings erfährt das Thema Migration aufgrund der vergangenen (seit 2014), gegenwärtigen und zukünftigen Situation v.a. in Bezug auf Menschen mit Fluchthintergrund eine gesellschaftlich unruhige und anhaltende Aufmerksamkeit. Damit die Einrichtungen des Bildungs-, Hilfe- und Sozialsystems sich (endlich) auf die (neuere) kulturelle Vielfalt, die mittlerweile gesellschaftliche Normalität ist, einstellen können, gilt es einen etwas differenzierteren Blick auf das Phänomen *Migration*, sowie auf den Umstand des *Flüchtens* zu werfen.

Dem Wortsinn nach bedeutet Migration (lat. migratio) *Wanderung* und meint Wanderbewegungen von Menschen auf der Erde von einem Ort zum anderen. Sie beschreibt als wissenschaftlich-deskriptiver Begriff Wanderungsphänomene von Menschen sowohl innerhalb eines Landes (Binnenmigration) als auch über Landes- und Kontinent-Grenzen hinweg (internationale Migration). Migration meint demnach die *Auswanderung* (Emigration) aus einem Land bzw. die *Einwanderung* (Immigration) in ein anderes Land. Sie hängt mit sogenannten *Push-Faktoren* des Herkunftslandes (wie z.B. politische Konflikte, Verfolgung von Minderheiten, Krieg, hoher Arbeitslosigkeit usw.) bzw. *Pull-Faktoren* des Ziellandes (wie hohes Wohlstandsniveau, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen) zusammen. Migrationsbewegungen werden „durch eine Vielzahl zusammenhängender Ursachen und Zwänge kultureller, politischer, wirtschaftlicher, religiöser, demographischer, ökologischer, ethnischer und sozialer Art ausgelöst“ (HAN 2016, S. 7)

Eine Person hat zunächst grundsätzlich einen Migrationshintergrund,

„wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges haben (gemäß Bundesvertriebenengesetz) einen gesonderten Status; sie und ihre Nachkommen zählen daher nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund.“²

Das Völkerrecht zieht eine klare Trennlinie zwischen Menschen, *die aufgrund äußerer Einflüsse zur Flucht gezwungen sind* (Flüchtlinge), und Menschen, *die aus eigenem Antrieb* auf der Suche nach besseren Lebensperspektiven ihr Land verlassen (Migranten).

Flucht meint das *unfreiwillige Verlassen* eines Landes oder eines Ortes, also das Ausweichen aus einer als unangenehm empfundenen oder nicht zu bewältigenden (Lebens)-Situation. Sie ist eine *Reaktion* auf Gefahren und Bedrohungen und sie ist meist ein plötzliches und eiliges, manchmal auch heimliches Verlassen eines Aufenthaltsortes oder Landes. Laut Artikel 1A der Genfer Flüchtlingskonvention ist ein *Flüchtling* eine Person, die sich „aus der begründeten

¹ Über die hohen Auswanderungszahlen wird dagegen selten gesprochen und geschrieben wird.

² <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>, abgerufen 10.08.2023)

Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung (...) außerhalb *des* Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen *kann* oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen *will*.“ *Flucht* bezieht sich also spezifisch auf Wanderungen, die unfreiwillig oder unerlaubt erfolgen (UNITED NATIONS 1954).

Menschen mit Migrationshintergrund, das ist – wie nun offensichtlich geworden ist – eine überaus unspezifische Zuschreibung, denn unter dieser werden alle Menschen unterschiedlicher Herkunft oder Herkunftsfamilien, bzw. deren Nachkommen subsumiert. Oder umgekehrt: Alle Menschen, die nicht in Deutschland geborene deutsche Eltern haben, haben einen Migrationshintergrund.

Vor dem Hintergrund dieses Wissens ergibt sich für kultursensible Fachkräfte die handlungsleitende Maxime, dass *jede* familiäre Migrationsgeschichte in all ihrer Komplexität eine *individuelle Familiengeschichte* darstellt, was bedeutet, dass Fragen, Bedarfe, Anliegen, Wünsche, Herausforderungen usw. der migrierten Familien in hohem Maße divers sein können. Verallgemeinernde (klischeehafte) Aussagen über Menschen mit Migrationshintergrund entbehren nicht nur jeder Grundlage, sondern missachten das persönliche Schicksal und die individuelle Situation von Familien mit Wandergeschichte.

Mögliche Barrieren hinsichtlich des deutschen Bildungs-, Hilfe- und Sozialsystems

Für Menschen, die nicht in Deutschland aufgewachsen sind, oder die kaum mit der deutschen Gesellschaft und ihren Systemen Erfahrungen gesammelt haben, weil sie z.B. in einer Binnengesellschaft aufgewachsen sind, gibt es allerdings einige Aspekte, die von allgemeiner Bedeutung sein können. So stellt sich das deutsche Bildungs-, Hilfe- und Sozialsystem meist beiseihslos komplex, unübersichtlich und kompliziert dar, was die Inanspruchnahme der zur Verfügung gestellten Angebote häufig sehr erschwert. Einige Barrieren diesbezüglich sind:

- Kommunikationsbarrieren* aufgrund fehlender oder unzureichender Schrift-, bzw. Sprachkenntnisse.
- Informationsbarrieren* aufgrund der vielen, komplexen (und sich wandelnden) Fachbegriffe.
- Informationsdefizit* und daraus folgende Orientierungslosigkeit aufgrund mangelnden Systemwissens.
- Keine, andere oder unsichere Vorstellung der Einrichtungen* aufgrund keiner oder anderer Vorerfahrungen.

Für Menschen mit Fluchterfahrung gilt überdies, dass sich viele von ihnen in höchst prekären und unsicheren Lebenssituationen befinden, die allgemein als nicht besonders gut anzunehmen sind. Viele unter ihnen sind zudem in einem traumatisierten Zustand und viele haben schlimme und negativ-einschneidende Erfahrungen gemacht. Oft haben geflohene Menschen erst nach Jahren (auch aufgrund rechtlicher Bestimmungen) Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe (bspw. durch einen festen Wohnsitz oder gesicherte Arbeitsverhältnisse), zur Partizipation *an*, und zur aktiven Mitgestaltung *der* Gesellschaft.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass ihnen häufig Informationen u.a. über das föderalistische Sozialstaatssystem sowie die gesellschaftlichen Grundelemente, die Stellung der Rechtsprechung innerhalb des Systems und deren Verlässlichkeit und Wirksamkeit fehlen.

Sie brauchen diese Informationen u.a. auch deshalb, weil sie erst dann die allgemein gültigen Regeln und Anpassungserwartungen deuten, nachvollziehen und verstehen können.

Zusammengefasst kann davon ausgegangen werden, dass viele Menschen mit Fluchthintergrund mit mannigfaltigen Herausforderungen konfrontiert sind. Für Fachkräfte des Bildungs-, Hilfe- und Sozialsystems ergibt sich daraus eine erhöhte Sensibilität für das multifaktorielle Bedingungsgefüge insbesondere geflohener Familien, die im folgenden Schaubild exemplarisch dargestellt werden:



Kultursensibilität

Ein kultursensibler Umgang mit Menschen aus anderen Herkunftsländern bedeutet v.a. auch, sich mit dem Thema Kultur, d.h. der eigenen sowie anderen Kultur(en) und Gesellschaft (en) zu beschäftigen. Diese Voraussetzung ist ein erschwertes Vorhaben, wie vielfältige Debatten über den Kulturbegriff der Gegenwart belegen. Allerdings kann im Umkehrschluss das Ergebnis nicht lauten, dass nicht mehr über Kultur gesprochen werden darf, denn das ist nicht zielführend. Im Gegenteil, ein *Schweigen über kulturelle Differenzen* führt zu vielfältigem *Miss-Verstehen im gesellschaftlichen Miteinander*.

Es scheint zunächst sinnvoll, sich mit der eigenen kulturellen (Um-)welt zu beschäftigen, um darauf aufbauend nachvollziehen zu können, warum Menschen aus anderen Kulturen eventuell Verstehensschwierigkeiten bezogen auf unsere Werte, Normen, Umgangsweisen, usw. haben können. Mit Verstehensschwierigkeiten sind Verstehensgrenzen gemeint, weil etwas nicht vertraut und damit nicht alltäglich und also ggf. irritierend ist.

In jeder Gemeinschaft werden bestimmte kulturelle Codes gelernt, die uns helfen uns zu orientieren. Ist man nicht „orientiert“ (verstehet man das Verhalten der einen umgebenden

Menschen/Gesellschaft nicht), so braucht es Orientierungshilfen, damit das Unverständliche verständlich wird.

Kultursensible Fachkräfte der Einrichtungen des Bildungs-, Hilfe- und Sozialsystems müssten so gesehen zu Vermittler*innen (Orientierer*innen, Erklärer*innen) von Kultur werden!

Einige beispielhafte Aspekte, die in der pädagogischen Praxis immer wieder zu Missverständnissen zwischen Menschen aus anderen Herkunftsländern und deutschen Institutionen führen, und die deshalb ggf. einer Erklärung (zur Orientierungshilfe) bedürfen, sollen im Folgenden stichwortartig aufgezeigt werden:

- Thema *demokratische Werte und Normen* (Grundgesetz kennen und verstehen, z. B. bezüglich der gesetzlich verankerten Gleichberechtigung von Mann und Frau, des Würdekonzeptes, usw.).
- Thema *demokratische Strukturen* (Partizipation, Elternwahlrecht, erwartete Mitarbeit, usw.).
- Thema *Zeit einhalten* (Pünktlichkeit, vereinbarte Termine einhalten, usw.).
- Thema *Vereinbarungen einhalten* (Gummistiefel mitbringen in die Kindertagesstätte, Rezept einholen für die Ergo-Therapie, usw.).
- Thema *schriftliche Verträge/Vorschriften/Regeln/Rahmenbedingungen* einhalten (Kein fremdes Essen ins Krankenhaus mitbringen, Besuchszeiten einhalten, usw.),

Die Aufgabe für eine kultursensible Fachkraft besteht nun darin sich zunächst zu vergegenwärtigen, warum wir in der deutschen Gesellschaft z.B. auf die genannten Aspekte bestehen. Dabei ergibt sich in der Folge eine doppelte Fragehaltung: Einmal gilt es die Frage zu beantworten, warum bspw. das Thema *Zeit einhalten* in der deutschen Gesellschaft einen so hohen Stellenwert hat. Zum anderen ergibt sich eine fragende Haltung in Bezug auf Menschen aus anderen Herkunftsländern, die sich nicht dieser Norm entsprechend verhalten. Was ist ihr Verständnis? Warum handeln sie, wie sie handeln? Warum reagieren sie, wie sie reagieren?

Die doppelte Fragehaltung eröffnet einen *interkulturellen Dialog*, der zu beidseitigem Nachvollziehen und gegenseitigem Verstehen sowie im besten Fall zu *be-friedigenden* Lösungen führen kann. Menschen aus anderen Herkunftsländern, denen auf diese Weise begegnet wird, haben auf diese Weise die Möglichkeit zu verstehen und sich zu orientieren.

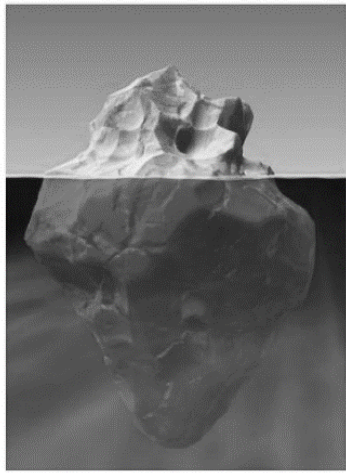
Wissen über Kultur

Wie angedeutet, ist es heute überaus schwierig, sich auf einen allgemeingültigen Kulturbegriff zu beziehen. Der Einfachheit halber und wohl wissend, dass die Definition von Kluckhohn alt ist (und schon aus diesem Grund zu diskutieren wäre), ebenso wie das weithin bekannte Eisbergmodell, mögen diese beiden Kulturdarstellungen an dieser Stelle hinreichend sein, um die Idee der Notwendigkeit von Kultursensibilität bei u.a. pädagogischen Fachkräften zu verdeutlichen.

Kultur [, so Kluckhohn,] besteht aus Mustern von Denken, Fühlen und Handeln und wird übertragen durch Symbole, die die charakteristischen Errungenschaften von bestimmten Gruppen von Menschen bilden und ihre Verkörperung in Artefakten. Der wesentliche Kern der Kultur besteht aus traditionellen (d.h. in der Geschichte begründeten und von ihr ausgewählten) Ideen und insbesondere ihren zugehörigen Werthaltungen. (KLUCKHOHN & KROEBER 1952/2017)

Das Eisbergmodell³ (KRÄMER & QUAPPE 2006, S. 30) verweist, ergänzend zu der Definition von KLUCKHOHN, auf sichtbare und unsichtbare Aspekte von Kultur:

Das Eisbergmodell



Sichtbare, bewusste Kultur
Sprache, Sitten, Bräuche, Kleidung, Musik, Theater, Literatur, Essen etc.

Unsichtbare, unbewusste Kultur
 (Normen und Werte, Grundannahmen)
Umgang mit Zeit, Raum, Unsicherheit, Macht, Emotionen, Konflikten etc.
Vorstellungen über Schönheit, Sünde, Anständigkeit, Logik, Wahrheit etc.
Bedeutungen von Armut, Identität, Ehre, Freiheit, Gerechtigkeit, Freundschaft, Arbeit

Das Wissen um die verschiedenen Dimensionen von Kultur, die schon in diesen beiden Definitionen ersichtlich werden, bieten vielfältige Ansatzpunkte zu fragenden/orientierenden Gesprächen, wenn es z.B. in der Zusammenarbeit zu interkulturellen Missverständnissen oder Herausforderungen kommen sollte. Für kultursensible Fachkräfte bedeutet das z.B., dass v.a. die unsichtbaren und unbewussten Aspekte von Kultur zur Sprache gebracht und damit bewusst gemacht werden sollten, damit sie auf diese Weise vermittelt werden können.

Als ein Beispiel kultureller Differenz wird hier exemplarisch der Aspekt *Kollektivistische vs. individualistische Orientierung* (von Gesellschaften) zitiert:

„Die Deutschen gehören zu einer ‚individualistischen Gesellschaft‘, in der soziale Bindungen zwischen Individuen, ja selbst innerhalb einer Familie nicht sehr fest sind (Jeder kümmert sich um sich selbst). ‚Doing one`s [...] [own] thing‘ ist für einen Dolmetscher, der eine amerikanische Gruppe durch China begleitet, nicht in die chinesische Sprache übersetzbar.

Dagegen steht die kollektivistische Gesellschaftsform. Eine eher kollektivistische kulturelle Orientierung findet man bei vielen Migranten bzw. zugewanderten Ethnien, z.B. aus dem türkischen, asiatischen, arabischen und schwarzafrikanischen Raum. (Man lebt gruppenorientiert, die Gruppenloyalität steht vor der Individualität).

In Europa wird der Individualismus hoch geschätzt, in Amerika sogar höher als alles andere. In Afrika hingegen ist der Individualismus ein Synonym für Unglück, ein Fluch, eine Tragödie“ (KAPUSCINSKI 1999, S. 93 f. zit. in: OMER & SCHLIPPE 2004/2016)

In einer nun folgenden beispielhaften (und unvollständigen, sowie keineswegs allgemeingültigen) tabellarischen Gliederung konkretisieren sich diese Orientierungen mit Blick auf die frühkindliche Erziehung:

³ Das Eisbergmodell dient in der Kulturwissenschaft dazu, um zu verdeutlichen, dass einige Bereiche von Kultur „über der Kulturwissenschaft“ liegen (ca. 1/10), also leicht sichtbar und hörbar sind (z.B. Sprache, Bräuche, Kleidung, Essen), während der überwiegende Teil „unter der Wasseroberfläche“ verborgen bleibt (z.B. Normen, Werte, Glaube, Philosophie). Die Bereiche, die unterhalb der Wasseroberfläche liegen, sind nicht direkt sichtbar für Menschen, die mit der Kultur nicht vertraut sind. Sie beeinflussen jedoch die sichtbaren Bereiche der Kultur sehr stark. Erst durch das Wissen um diese verborgenen Einheiten kann man eine fremde Kultur verstehen.

Kollektivistisch	Individualistisch
Die Menschen werden in Großfamilien oder andere Wir-Gruppen hineingeboren, die sie weiterhin schützen und im Gegenzug Loyalität erwarten	Der Mensch wächst heran, um ausschließlich für sich selbst und seine direkte (Kern-)Familie zu sorgen
Die Identität ist im sozialen Netzwerk begründet, dem man angehört	Die Identität ist im Individuum begründet
Kinder lernen in "Wir"- Begriffen zu denken	Kinder lernen in "Ich"-Begriffen zu denken
Man sollte immer Harmonie bewahren und direkte Auseinandersetzungen vermeiden	Seine Meinung zu äußern ist Kennzeichen eines autonomen Menschen
Starker Kontext mit ungehindertem Informationsfluss	Schwacher Kontext mit Informationsnetzen von geringer Dichte
Übertretungen führen zu Beschämungen und Gesichtsverlust für sich selbst und die Gruppe	Übertretungen führen zu Schuldgefühl und Verlust von Selbstachtung
Ziel der Erziehung: Wie macht man etwas?	Ziel der Erziehung: Wie lernt man etwas?
Beziehung hat Vorrang vor Aufgabe	Aufgabe hat Vorrang vor Beziehung
Kollektive Interessen dominieren vor individuellen	Individuelle Interessen dominieren vor kollektiven
Das Privatleben wird von der Gruppe beherrscht	Jeder hat ein Recht auf Privatsphäre
Meinungen werden durch Gruppenzugehörigkeit vorbestimmt	Man erwartet von jedem eine eigene Meinung
Harmonie und Konsens in der Gesellschaft stellen höchste Ziele dar	Selbstverwirklichung eines jeden Individuums stellt eines der höchsten Ziele dar

(vgl. HOFSTEDE 1993)

Für pädagogische Fachkräfte, die im Elementarbereich arbeiten, kann die Erkenntnis (das Wissen) über z.B. diese kulturellen Differenzen zum gegenseitigen Verständnis in der Zusammenarbeit mit Menschen aus kollektivistisch orientierten Gesellschaften maßgeblich beitragen.

Kultursensible Fachkräfte

Kultursensibilität bezieht sich auf das Vermögen, sich in Wahrnehmung, Denken, Verhalten und Kommunikation auf Menschen aus anderen kulturellen Zusammenhängen einstellen zu können.

Übergeordnet sind folgende Fähigkeiten für eine kultursensible Fachkraft von hoher Relevanz:

- Reflexion* der eigenen persönlichen (gewöhnlich nicht-bewussten) kulturellen Prägungen im Denken, Fühlen und Handeln (subjektives Gewordensein durch Kultur).
- Akzeptanz* anderer kulturell geprägter Erlebens- u. Verhaltensweisen (Aber trotzdem: Vermittlung von demokratischen Werten und Normen hinsichtlich der Regeln des Zusammenlebens, bspw. Grundgesetz).
- Wissensaneignung* über (eigene und fremde) kulturelle Aspekte.
- Empathie* für / und *Respekt* vor der jeweils individuellen Lebensgeschichte.
- Differenzierte Betrachtung* hinsichtlich Ähnlichkeiten/Gemeinsamkeiten, sowie Widersprüchen/Unterschieden, um Ansatzpunkte für gemeinsame Lösungsansätze und Handlungsstrategie zu eruieren.

- Wissen über (implizite) Kommunikation.

Eine kultursensible Perspektive beinhaltet:

- Eine zugewandte, offene und fragende Haltung bezüglich aller Schwerpunkte, die für die jeweilige Arbeit relevant sind.
- Echtes Interesse an der/dem Gesprächspartner*in.
- Die Fähigkeit, das eigene Arbeitsfeld sowie die institutionelle Um-Welt zu reflektieren und zu kommunizieren.
- Das Wissen und die Fähigkeit der Reflexion über die eigenen und fremden Wahrnehmungen, Erklärungsmuster und Umgangsformen.

Zusammengefasst lässt sich kultursensibles Handeln einer pädagogischen Fachkraft in dem abschließenden Schaubild wie folgt darstellen:



Kultursensible Fachkräfte schärfen die Wahrnehmung für die eigenen gesellschaftlichen Normen und Werte (usw.) und öffnen den Blick für das Fremdverstehen. Sie handeln mit dem Ziel, ein friedliches und gutes, ein demokratisches, solidarisches und verantwortungsvolles Miteinander zu ermöglichen. Und sie verstehen sich als Brückenbauer einer *demokratischen Gesellschaft der Vielfalt*.

Literaturverzeichnis

- Han, Petrus (2016): Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven. 4., unveränderte Auflage. Stuttgart: Ulmer (utb Soziologie, 2118).
- Hofstede, Geert (1993): Interkulturelle Zusammenarbeit. Kulturen -- Organisationen -- Management. Wiesbaden: Gabler Verlag. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6586851>.
- Kluckhohn, C.; Kroeber, A. L. (1952/2017): Culture, 1952. A Critical Review of Concepts and Definitions: Forgotten Books.
- Krämer, Gesa; Quappe, Stephanie (2006): Interkulturelle Kommunikation mit NLP. Einblick in fremde Welten. Berlin: uni-edition.
- Omer, Haim; Schlippe, Arist von (2004/2016): Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung. Unter Mitarbeit von Arist von Schlippe. 9th ed. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=7245974>.
- Schütz, Alfred (1932): Der Sinnhafte Aufbau der Sozialen Welt. Eine Einleitung in die Verstehende Soziologie. Vienna: Springer Vienna. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-7091-3108-4>.

Praktische Integration von Geflüchteten mit Behinderungen und Anregungen für einen aktiven Umgang mit den aktuellen Herausforderungen

Sandra Waters

Zitierweise:

Waters, S.. (2023): Praktische Integration von Geflüchteten mit Behinderungen und Anregungen für einen aktiven Umgang mit den aktuellen Herausforderungen. In: Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 10. März 2023 (Online). Materialien der DGSGB Bd. 50. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.41-45

Institutionelle Ausgangslage

Die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel mit ihrem Hauptsitz in Bielefeld sind die größte Diakonische Einrichtung in Europa und setzen sich mit ca. 19.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kliniken, Heimen, Wohngruppen, Schulen und Kindergärten, Ambulanten Diensten, Betrieben, Werkstätten und Therapeutischen Diensten für kranke, pflegebedürftige, behinderte und sozial benachteiligte Menschen ein. Zusätzlich engagieren sich die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel auch in der Flüchtlingshilfe, aktuell ist die Hilfe für Geflüchtete aus der Ukraine hier ein Schwerpunkt.

Die Stiftung Bethel gehört zum Verbund der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel mit ihrem Hauptsitz in Bielefeld. Der Stiftungsbereich Bethel.regional bietet in vielen Gebietskörperschaften Nordrhein-Westfalens Unterstützungsleistungen v. a. für Menschen mit Behinderung, junge Menschen und Familien, Menschen mit psychischer Erkrankung/Behinderung, Menschen mit erworbener Hirnschädigung, Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen und Menschen, die wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind. Insgesamt werden gut 6600 Klientinnen und Klienten bzw. Familien durch rund 4800 Mitarbeitende unterstützt.

Evakuierungsprozess aus ukrainischen Kriegs- und Krisengebieten

Das ukrainische Internat Biala Cerkiew mit 111 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigung wurde nach Ausbruch des Krieges auf Anordnung der ukrainischen Regierung nach Polen evakuiert. Die Gruppe wurde während der Evakuierung auf zwei Standorte aufgeteilt, die 80 Kilometer voneinander entfernt lagen. Die Gruppen wurden zunächst vier Wochen lang durch ehrenamtliche Helfer und Helferinnen in Polen unterstützt. Aufgrund der Vielzahl der Geflüchteten mit Unterstützungsbedarf richtete das Land Polen ein Hilfesuch an Deutschland. Das Land Nordrhein-Westfalen wendete sich mit der Anfrage zur Aufnahme der 111 Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigung direkt an Bethel. Nach einem kurzfristigen Besuch der Gruppen in Polen durch drei Mitarbeitende aus dem Bereich Bethel.regional mit der Absicht, einen ersten Überblick über die Hilfebedarfe zu erhalten, wurde entschieden, die Menschen in Bethel aufzunehmen.

Institutionelle Vorbereitungen zur Aufnahme der Geflüchteten

Innerhalb von zwei Wochen wurden die zu dem Zeitpunkt leerstehenden Häuser Mamre und Ebenezer vorbereitet und ausgestattet. Die Gebäude wurden zuvor als besondere Wohnformen für erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen genutzt und befinden sich auf dem Kerngelände der Stiftung Bethel. Die Häuser waren bis auf die Küchen fast vollständig leer. In



den zwei Wochen wurden alle vorhandenen Ressourcen auf die Vorbereitungen gerichtet. Es gab große Unterstützung durch freiwillige Helfer und Helferinnen und viele Mitarbeitende, die ihre eigentliche Arbeit zurückstellten. Es war ein Hand-in-Hand-Arbeiten, allen Beteiligten war die Notwendigkeit und Dringlichkeit bewusst. Die Ausstattung der Häuser konnte aber nur durch Spenden aus der Bevölkerung und von vielen Unternehmen realisiert werden.

Da der individuelle Hilfebedarf der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unklar war, konnte nur erahnt werden, welche Hilfsmittel benötigt würden. Die Häuser wurden mit den wichtigsten Mitteln wie Inkontinenzprodukten in verschiedenen Größen, Kleidung und Rollstühlen ausgestattet. Die passgenauen Hilfsmittel konnten erst nach der Ankunft der Geflüchteten angeschafft werden.

Die Herkunft sowie die Fluchtgeschichte der Gruppenmitglieder waren nur rudimentär bekannt, sodass alltägliche Routinen oder kulturelle Prägungen nur schwer abschätzbar waren. Dies äußerte sich beispielsweise darin, dass im Haus Ebenezer sechs Küchen ausgestattet wurden, die Gruppe aber nur in einem großen Saal gemeinsam die Mahlzeiten zu sich nahm.

Eine weitere Herausforderung war, dass der gesundheitliche Zustand der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor der Ankunft nicht abschätzbar war, medizinische Behandlungen, auch notfallmäßige Behandlungen, konnten also nicht vorbereitet oder notwendige Medikamente beschafft werden.

Erstversorgung der Geflüchteten

Am 23.03.2022 wurden 37 Kinder und Jugendliche mit komplexen Mehrfachbeeinträchtigungen und sieben ukrainische Mitarbeiterinnen mit drei eigenen Kindern im Haus Mamre in Empfang genommen. Der Transport erfolgte mit 28 Spezialtransportern des Deutschen Roten Kreuzes. Am darauffolgenden Tag trafen zwei Reisebusse mit 74 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit vier Mitarbeiterinnen sowie einem eigenen Kind am Haus Ebenezer





ein. In beiden Häusern war eine hohe Anzahl der Klienten und Klientinnen Covid 19 positiv. Dies erschwerte die Betreuung zunächst, da viele reguläre Mitarbeitende aus dem Stiftungsbereich Bethel.regional zusätzliche Schichten in den Häusern Mamre und Ebenezer übernahmen und so die Gefahr bestand, die Erkrankung in die Regelangebote zu tragen.

Mittelfristige Hürden und

Lösungsansätze

Die Errichtung eines neuen Angebots in Bethel.regional erfordert erfahrungsgemäß durchschnittlich 12 Monate Vorlaufzeit. Die komplexe Struktur dieser neu geschaffenen Angebote in Ebenezer und Mamre musste spontan errichtet werden. Dazu zählten beispielweise die Dienstplangestaltung, die Entwicklung von Abläufen, die hauswirtschaftliche Versorgung, aber auch die weitere bedarfsgerechte Ausstattung der Häuser. Nach rund drei Monaten stabilisierten sich die Angebote der Häuser Ebenezer und Mamre in ihrer Struktur, wobei der Aufbau nach wie vor noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Aufgrund der Kurzfristigkeit sowie dem vorhandenen Fachkräftemangel in der Eingliederungshilfe bestand keine Möglichkeit, ein Team in notwendiger Qualität und Quantität vorzubereiten. Die Aufnahme war nur aufgrund des hohen persönlichen Engagements der Mitarbeitenden sowie Ehrenamtlichen möglich. Darüber hinaus konnten sukzessive weitere Mitarbeiterinnen aus dem ukrainischen Internat nachgeholt sowie weiteres Personal eingestellt werden. Durch eine umfassende Personalmarketing-Kampagne gelang es, einige Fachkräfte, aber auch viele Nicht-Fachkräfte einzustellen. Zu Beginn wurden viele Personen mit lediglich kleinen Stellenanteilen eingestellt, da diese häufig in anderen Stellen gebunden waren. Die Dienstplanung gestaltete sich äußerst schwierig und konnte nur von Tag zu Tag erfolgen. Insgesamt ist der Anteil an Fachkräften immer noch nicht ausreichend und muss weiter erhöht werden.

In beiden Häusern Ebenezer und Mamre lebten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zunächst unter einem Dach. Aufgrund der Altersspanne waren eine Vielzahl an Behörden mit verschiedenen Zuständigkeiten beteiligt. Die Einbeziehung des Landesjugendamtes, des Jugendamtes der Stadt Bielefeld, der Abteilung für Kinder und Jugendliche des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL), der Abteilung für Erwachsene des LWL sowie der Abteilung zur Umsetzung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) der Stadt Bielefeld erforderte einen hohen Abstimmungsbedarf. Nur in gemeinsamen Gesprächen konnten Lösungen sowohl für die Kinder und Jugendlichen als auch für die jungen Erwachsenen gefunden werden. Durch Angebote im Rahmen der Brückenlösung konnten beispielsweise auch Nicht-Fachkräfte eingesetzt werden.

Die gemeinsame Unterbringung verschiedener Altersgruppen in einem Haus brachte zudem eine hohe Zahl an Risiken und Übergriffen mit sich. Aufgrund der Größe der Gruppe und der Häuser konnten Gewaltschutzkonzepte nur schwer umgesetzt und kontrolliert werden, wodurch die räumliche Trennung von Minder- und Volljährigen mit höchster Priorität verfolgt wurde. Die Verantwortung konnte dazu nicht mehr getragen werden, so dass nach

Abstimmung mit allen zuständigen Behörden Wohnperspektiven entwickelt wurden. In Folge konnten einzelne Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Regelangebote des Stiftungsbereichs Bethel regional umziehen. Ältere Jugendliche und junge Erwachsene zogen am 20.12.2022 in ein drittes Gebäude, das Haus Abendfrieden, um.

In beiden Angeboten Ebenezer und Mamre war die alltägliche Arbeit durch diverse Herausforderungen geprägt. Beide Häuser mussten zunächst massiv überbelegt werden, so dass in den Zimmern bis zu vier Personen untergebracht waren. Daraus resultierte, dass in beiden Gebäuden ein sehr hoher Lautstärkepegel herrschte. Insbesondere Klienten und Klientinnen mit einer Autismus-Spektrum-Störung waren mit der Situation deutlich überfordert und zeigten eigen- sowie fremdaggressives Verhalten.

In Haus Ebenezer lebten ausschließlich männliche Bewohner. Hier war die Gruppe durch eine starke eigene Hierarchie vorgeprägt, welche Gewaltübergriffe begünstigte und provozierte. Diese Hierarchie äußerte sich aber andererseits auch darin, dass die älteren bzw. weniger beeinträchtigten Klienten in der Versorgung durchgehend die jüngeren bzw. stärker beeinträchtigten Klienten unterstützten. Zudem waren die Klienten ein hohes Maß an Disziplin gewöhnt, dies äußerte sich beispielsweise darin, dass sie sich vor dem Speisesaal in Zweierreihen aufstellten. Zusätzlich kannten die Klienten kaum Eigenständigkeit, so dass beispielweise lediglich Löffel für die Mahlzeiten genutzt wurden. Die Etablierung der Standards der Eingliederungshilfe in Deutschland konnte und kann nur sukzessive geschehen und muss kultursensibel begleitet werden, da Verunsicherungen und damit veränderte Verhaltensweisen bei den Klienten derzeit zu beobachten sind. Die Geschwindigkeit der Veränderungsdynamik muss daran angepasst werden.

Die interkulturelle Zusammensetzung der Mitarbeitenden-Teams brachte weitere Schwierigkeiten mit sich. Die Zusammenarbeit der ukrainischen und deutschen Kolleginnen und Kollegen war von Beginn an von Sprachbarrieren und unterschiedlichen Sozialisierungen geprägt, wodurch häufig Missverständnisse auftraten. Zudem hegten und hegen die ukrainischen Mitarbeiterinnen einen großen Rückkehrwunsch. Die Vermittlung deutscher Standards und Gesetzgebungen, beispielweise zu freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Personenzentrierung, erfolgt durch viele Gespräche, Unterweisungen und Online-Fortbildungen. Zusätzlich werden intensive oder niedrigschwellige Sprachangebote für die ukrainischen Kolleginnen angeboten. Insgesamt war der Einsatz von zweisprachigen Leitungskräften in beiden Angeboten von großer Bedeutung.

Die Entwicklung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gestaltet sich positiv. Den Kindern und Jugendlichen in Haus Mamre konnten erstmalig angepasste Hilfsmittel wie Rollstühle oder orthopädische Schuhe zur Verfügung gestellt werden, so dass sich deren Mobilität mittlerweile deutlich verbessert hat. Zudem nahmen alle Kinder und Jugendlichen an Gewicht und Wachstum zu. Allerdings war auch eine Umstellung der Medikamente notwendig. Die Klienten in Ebenezer erlebten ein neues Maß an Freiheit, insbesondere in Bezug auf ihre Selbstbestimmung. Insgesamt konnten alle Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch strukturelle, pädagogische und therapeutische Maßnahmen neue Fähigkeiten entwickeln.

Einige Kinder und Jugendliche können erstmalig zur Schule gehen. Die jungen Erwachsenen können Tätigkeiten in Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigung oder in Tagesgestalteten Angeboten nachgehen und zeigen ein großes Interesse an einer Beschäftigung und der Möglichkeit, Geld zu verdienen. Das System „Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigung“ war zunächst irritierend, da die Geflüchteten in der Ukraine auf dem ersten Arbeitsmarkt beispielsweise als Straßenreiniger gearbeitet hatten.

Neben den alltäglichen Herausforderungen war die Finanzierung der Angebote in den Häusern Ebenezer und Mamre ebenfalls von vielen schwierigen Gesprächen geprägt. Vor dem 01.06.2022 war die Stadt Bielefeld gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in der Verantwortung, die IST-Kosten zu finanzieren. Mit der Stadt Bielefeld konnten konstruktive Verhandlungen geführt werden. Dafür war eine Vielzahl an Informationen notwendig wie die Herrichtungskosten für die Gebäude/Angebote, die gebäudespezifischen Betriebskosten, die Kosten der Versorgung, die Personalkosten für die regelhaften Unterstützungsleistungen (insbesondere für Personen mit hohem und besonderem Unterstützungsbedarf) als auch für die besonderen Unterstützungsleistungen, wie z.B. Traumatherapie, Sprachförderung, Koordination Einsatz für Ehrenamtliche, die Sachkosten, die Kosten für Hilfsmittel sowie die Refinanzierung für Leistungen der medizinischen Versorgung, soweit diese nicht über niedergelassene Ärzte und Ärztinnen erbracht werden konnten. Erst seit dem 01.06.2022 können Geflüchtete aus der Ukraine anstelle von Leistungen aus dem AsylbLG Leistungen der Eingliederungshilfe beantragen. Die Verhandlungen mit dem LWL waren langwierig. Es wurde ein vereinfachtes Verfahren zur Bedarfsermittlung sowie zur Ermittlung der angemessenen Vergütung auf der Grundlage der IST-Kosten benötigt. Außerdem war aufgrund der hohen Belegung keine Trennung der Leistungen möglich, wodurch die vollumfängliche Zuständigkeit bei dem Leistungsträger liegen musste. Da das bestehende System der Eingliederungshilfe nicht beeinträchtigt werden sollte, waren die notwendigen Umzüge in Regelangebote nur unter strengen Voraussetzungen möglich.

Aktuell ist eine zeitnahe Rückkehr der Gruppen in ihre Heimat nicht absehbar. Das ukrainische Internat ist derzeit mit Menschen mit Behinderung aus dem Osten des Landes belegt. Wann und in welcher Form die Klientinnen und Klienten zurückkehren, ist erst nach Rücksprache mit dem Ukrainischen Konsulat möglich. Bethel sieht derzeit eine mittelfristige Perspektive der Klientinnen und Klienten in Bielefeld. Alle ukrainischen Mitarbeiterinnen und deren Kinder sowie die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen sind aber, solange es notwendig ist, in Bethel willkommen.

Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung

Halil Polat

Zitierweise:

Polat, H. (2023): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. In: Köller, W. & Schouler-Ocak, M. (Hrsg.): Wechselwirkungen von Migration und intellektueller Beeinträchtigung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 10. März 2023 (Online). Materialien der DGSGB Bd. 50. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, S.46-49

Einführung

Eine komplexe globale und soziale Erscheinung in der Welt ist, Migration und Flucht. Weltweit sind hunderte von Millionen Menschen betroffen. Auch in Deutschland leben ca. ein Viertel der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung. Von Ihnen haben ca. 12%, nach meiner Einschätzung eine oder mehrere Behinderungen, das sind ca. 2,5 Millionen Menschen. Wiederum viele von ihnen kommen mit unserem Gesundheitssystem nicht zurecht. Sie brauchen Informationen und Unterstützung. Im Folgenden schreibe ich, wie ich zu der Behindertenarbeit gekommen bin.

Ausgangspunkt

Bis unsere Tochter 10 Monate alt war, war die Welt in Ordnung und unser Leben „normal“. Dann kam heraus, dass sie Behinderungen hat. Seitdem hat sich unser Leben weitestgehend um sie gedreht. Neben ärztlicher Aufklärung, wurde ich von Selbsthilfegruppen (SHG) und Vereinen informiert und unterstützt. Anfang der 90er Jahre habe ich angefangen, über den zweiten Bildungsweg Sonderpädagogik zu studieren. Parallel zu meinem Studium habe ich die SHG „unser Kind ist behindert“ aufgebaut, in dem Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderungen beraten und unterstützt wurden. Die Gruppe haben wir bewusst provokativ so genannt, damit niemand ihre Angehörigen mit Behinderungen verstecken sollen. Im Jahr 1997 wurde die Gruppe so groß, dass wir einen Verein, nämlich Verein zur Unterstützung behinderter Migranten - UMUT e.V. gegründet haben.

Später haben wir den Namen geändert, weil die Stadt Hannover, im Rahmen LIP (Lokaler Integrationsplan) eine Anlaufstelle für Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderung einrichten wollte und nicht eingerichtet hat. Wir haben gesagt: „*Wir sind die Anlaufstelle. Somit heißt unser Verein UMUT e.V.- Anlaufstelle für Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderungen.*“ Somit ist UMUT e.V. ein Ort der Begegnung, in dem Hilfe zur Selbsthilfe zu seinen Grundsätzen gehört. Der Verein verfolgt das Ziel einer sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Teilhabe der Migrantinnen und Migranten mit Behinderungen. Wir sind auch Ansprechpartner für die Behörde in der Region Hannover, aber auch für die Akteure im Bereich Behindertenarbeit.

Im Folgenden werde ich zusammenfassend unsere Ehrenamtliche Arbeit zum Thema Migration, Flucht und Behinderung erörtern.

Unsere Angebote sind u.a.:

- Einzel- u. Gruppenberatungen

- Quartalsweise Informationsveranstaltungen über Krankheiten, Behinderungen Therapie- u. Behandlungsmöglichkeiten u. d. g.
- Bei Bedarf begleiten wir Hilfesuchende zum Arzt, zu Therapeuten, Anwälten und zu Behörden.
- Wir unterstützen bei bürokratischen Angelegen wie Antragstellen, Widersprucheinlegen
- Psychosoziale Beratung
- Schulassistenz

Unter dem Dach von UMUT e.V. haben sich, bis vor der Pandemie, folgende SHG getroffen:

- Pflegende Angehörige
- Pflegende Mütter
- Türkische Frauen mit depressiven Störungen
- Fibromyalgie Gruppe

Derzeit sind wir dabei die Gruppen wieder zu reaktivieren.

Warum ein Verein für Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderungen:

Unser Wunsch war nicht eine „Parallelgesellschaft“ zu gründen, sondern wenn die zuständigen Stellen nicht helfen oder nicht helfen können und somit die Betroffenen an Partizipation und Teilhabe gehindert werden, helfen wir, so gut wie wir können.

Anlass für diesen Schritt war, fehlende soziale Integration, geringere Teilhabe am öffentlichen Leben und im Beruf, spezifische Schwierigkeiten, Integration und der Umgang mit dem Gesundheitswesen und den verschiedenen Behörden seitens Migrantinnen und Migranten mit Behinderung bzw. deren Angehörige. Migranten mit Behinderungen benötigen, auf Grund sprachlicher Defizite, Unkenntnis über das Gesundheitssystem und über ihre Rechte und Pflichten, mehr Unterstützung und Motivation Anträge zu stellen.

Als Barrieren im Bereich der Behindertenhilfe für Migrantinnen und Migranten sind insbesondere drei Hauptpunkte zu nennen:

- Sprache: Die überwiegend in deutscher Sprache verfassten Informationsmaterialien sind für viele Migranten schwierig zu erschließen. Darüber hinaus ergeben sich aus den Sprachproblemen Hemmungen bei den zuständigen Behörden Anträge zu stellen und eigenen Bedürfnisse zu äußern.
- Unkenntnis über Rechte und Möglichkeiten ist bei den von Behinderung betroffenen Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige zurückzuführen, bei unzureichendem Wissen über ihre Rechte im Bereich der Behindertenhilfe, Teilhabe und Inklusion, sowie Informationen über Betreuungs- und Hilfsangeboten, vorhanden. Zudem wird Vielfach von der Existenz einer bestimmten Hilfeleistung oder Möglichkeit nicht ausgegangen, weil sie aus ihren jeweiligen Heimatländern nicht kennen.

Nicht Inanspruchnahme von Rechten ist auf eine Kombination der beiden oberen Punkte zurückzuführen. Der Zugang zum Gesundheitssystem kann durch Sprachbarrieren und Informationslücken, aber auch durch ein anderes Krankheitsverständnis oder strukturelle Vorgaben wie dem Aufenthaltsrechtlichen Status erschwert sein. Das Unwissen über bestimmte Rechte und die Unsicherheit in der Sprache und im Umgang mit Behörden führen dazu, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderungen oder deren

Angehörige die Angebote des deutschen Gesundheitswesens nicht kennen, nicht beantragen können, daher auch nicht nutzen. Hinzukommt, dass bei einigen ihr Schamgefühl sie daran hindern, als Bittsteller Unterstützung zu beantragen.

Auf der anderen Seite werden Migrantinnen und Migranten nicht als Zielgruppe in dem Maße wahrgenommen, die besondere Ansprache und Zugang brauchen. Es heißt meistens unsere Angebote sind für alle da.



Quelle: https://www.google.de/search?q=Karikatur-Chancengleichheit&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKewjgXmJzM79AhU7R_EDHVctBjsQ_AUoAXoEC AEQ Aw&biw=2560&bih=1251

Was ist zu tun:

- Beratungs- bzw. Anlaufstellen für Behinderte mit Migrationshintergrund einrichten
- Bestehende Angebote erweitern, indem muttersprachlichen Beraterinnen und Berater eingestellt werden. Niedrigschwellige, aufsuchende Angebote anbieten.
- Informationsmaterial in leichter Muttersprache entwickeln, sowohl als Printmaterialien als auch über Internet zugänglich machen.
- Fachkundige Dolmetscherdienste anbieten
- Unterstützung beim Aufbau von SHG und Vereinen, in denen auch muttersprachliche Unterstützung über Ansprüche und rechtliche Rahmenbedingungen angeboten wird
- Alle in Deutschland lebende Menschen müssen ohne Wartezeit in das hiesige Gesundheitssystem aufgenommen werden
- Mütter mit Migrationshintergrund sind besonders von Mehrfachbelastungen betroffen, sie müssen mehr Entlastung erfahren

Fazit

Zusammengefasst haben wir zwei Gruppen von Menschen, die unseren Verein besuchen. Erste Gruppe hat Sprachdefizite, sie kennen sich im Gesundheitssystem nicht aus. Können keine Anträge stellen oder sich durchsetzen. Sie benötigen umfassende Unterstützung, sie sind auf die Hilfe angewiesen.

Die zweite Gruppe kann gut Deutsch, kennt sich mit der Bürokratie aus. Sie haben aber „Schwellenängste“ und wagen den ersten Schritt nicht.

Alle, die zu UMUT e.V. kommen, fühlen sich angenommen und verstanden. Sie fühlen sich wohl und ihnen wird geholfen. Viele Informationen und Erfahrungen werden miteinander geteilt. Bei UMUT e.V. entsteht ein Wir-Gefühl.

AutorInnen

Eva Janina Brandl

Priv.-Doz. Dr. med., MBA, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin

eva.brandl@charite.de

Sophia Falkenstörfer

Prof. Dr., Lehrstuhl für Körperbehindertenpädagogik der Universität Würzburg

sophia.falkenstoerfer@uni-wuerzburg.de

Wolfgang Köller

Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie,
Niedergelassen in eigener Praxis, Mitglied des Vorstands der DGSG e. V.

koeller@dgsg.de

Jutta Lindert

Prof. Dr., MPH, University of Applied Sciences Emden/Leer; Brandeis University, Waltham, USA

Jutta.Lindert@hs-emden-leer.de

Halil Polat

Dipl.Päd., Ehrenamtl. Vorsitzender UMUT e.V Anlaufstelle für Menschen mit
Migrationshintergrund und Behinderung, Pädagogischer Leiter von Polat-Soziale-Dienste
Hannover

info@umut-ev.de

Susanne Schmid

Dipl.-Psych., Leitung psychologischer Dienst Caritasverband Freiburg-Stadt e.V.

susanne.schmid@caritas-freiburg.de

Meryam Schouler-Ocak

Prof. Dr., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Stiftungsprofessur für interkulturelle
Psychiatrie an der Charité Berlin.

meryam.schouler-ocak@charite.de

Sandra Waters

Geschäftsführerin im Unternehmensbereich Bethel.regional der Stiftung Bethel Bielefeld

sandra.waters@bethel.de

Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge.

Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

Geschäftsstelle

c/o Liebenau Kliniken

Siggenweiler Str. 11

88074 Meckenbeuren

E-Mail: geschaefsstelle@dgsgb.de

Website: www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke

12203 Berlin

Tel.: 0174/989 31 34

E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Dr. Brian Fergus Barrett, Meckenbeuren (Vorsitzender)
Priv. Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin (Stellv. Vorsitzende.)
Dr. Meike Wehmeyer, Dachau, (Stellv. Vorsitzende)
Dr. Dipl. Psych. Anne Styp von Rekowski, Windisch (CH)
(Schatzm.)
Markus Bernard, Höchberg (Schriftführer)

Dr. Wolfgang Köller, Berlin
Dipl.-Psych. Annika Kleischmann, Dortmund

Geschäftsstelle

C/O Liebenau Kliniken
Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren
Tel: 07541-7304919 Fax: 07541-7304918
E-Mail: .geschaeftsstelle@dgsgeb.de

IBAN: DE77476501300106110935
BIC: WELADE3LXXX
StNr: 61018/10510
Reg: 95VR16573 AG Charlottenburg



Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.