



Wilhelm Körner, Gülcan Irdem,
Ullrich Bauer (Hrsg.)

Psycho-soziale Beratung von Migranten

Kohlhammer

Kohlhammer

Wilhelm Körner,
Gülcan Irdem & Ullrich Bauer (Hrsg.)

Psycho-soziale Beratung von Migranten

Verlag W. Kohlhammer

Alle Rechte vorbehalten
© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher
Gesamtherstellung:
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

ISBN 978-3-17-024010-0

Inhalt

Vorwort	9
Grundlagen – Migration und Beratung	
Migration und Beratung – Eine eröffnende Perspektive <i>Wilhelm Körner, Gülcan Irdem & Ullrich Bauer</i>	15
Spezifika einer Einwanderungsgesellschaft <i>Jürgen Gerdes</i>	39
Migration und geschlechtsspezifische Sozialisation – Männlichkeit und Weiblichkeit in konservativ-muslimischen Milieus <i>Ahmet Toprak & Aladin El-Mafaalani</i>	54
Von kultureller Irritation und kulturalistischer Reduktion in der Psychotherapie <i>Cinur Ghaderi & Eva van Keuk</i>	65
Umgang mit Sprachbarrieren in der Psychotherapie <i>Jutta Bierwirth & Abdoulaye Amadou</i>	75
Prävention <i>Julia Paruch & Bernd Röhrle</i>	85
Beratung in Migrantenorganisationen – Zwischen Professionalität und Selbsthilfe <i>Emra Ilgün-Birhimeoğlu</i>	99
Qualitätssicherung in der Beratung <i>Wolfgang Schrödter</i>	108
Beratung für Kinder und Jugendliche	
Grundorientierungen in der Erziehungsberatung <i>Jürgen Kriz</i>	123

Lese-Rechtschreib-Schwäche und Hochbegabung bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund	144
<i>Askim Müller-Bozkurt & Christian Gosberg</i>	
Migration als Lern- und Entwicklungsfaktor: Dyskalkulie, Rechenschwierigkeiten – Phänomene, Befunde, Erklärungsmuster	159
<i>Birgit Werner</i>	
Interkulturelle Schulsozialarbeit	171
<i>Joachim Schroeder</i>	
Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch bei Migrantenfamilien in Deutschland	180
<i>Ece Wandler</i>	
Gewaltentstehung und Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen	194
<i>Haci-Halil Uslucan</i>	
Soziale Arbeit mit jungen Migranten im Kontext von Jugendgewalt – Das Anti-Aggressivitäts-Training® als spezialisierte Form der Sozialen Gruppenarbeit	206
<i>Ehsan Salebi-Jozani</i>	
Interkulturelle Online-Beratung im Kontext der Jugendkommunikation .	216
<i>Kemal Bozay & Hakan Uzun</i>	
Beratung für Erwachsene	227
Psychische Störungen bei Migrantinnen und Migranten – Konsequenzen für das Gesundheitssystem in Deutschland	229
<i>Isaac Bermejo</i>	
Psycho-soziale Beratung – Psychosomatische Störungen	238
<i>Ruperta Mattern</i>	
Psychotherapie für muslimische Patienten	257
<i>Ibrahim Özkan & Maria Belz</i>	
Zielgruppenorientierte Gesundheitsberatung von muslimischen Migranten im Krankenhaus	269
<i>Havva Mazı</i>	

Einige Aspekte der transkulturellen Beratung von Migranten mit chronischen Erkrankungen	283
<i>Ljiljana Joksimovic</i>	
Ressourcenorientierte traumazentrierte Behandlung von Migranten . . .	292
<i>Ibrahim Özkan</i>	
Gruppenverfahren bei Menschen mit Migrationshintergrund	304
<i>Jan Ilhan Kizilhan</i>	
Trennung und Scheidung als Herausforderung Sozialer Arbeit im Migrationskontext	317
<i>Talibe Süzen</i>	
Interkulturelle Mediation	328
<i>Barbara Heimannsberg</i>	
Die Herausgeber	338
Autorinnen und Autoren	340

Vorwort

Die Diskussion über Migration ist – zumindest in der seriös geführten wissenschaftlichen Diskussion – *heterogen* geworden. Über Migration wird somit differenzierter gesprochen. Die Gleichsetzung einer Bevölkerungsgruppe, etwa der türkischstämmigen, mit der gesamten Bevölkerung, die unter der Sammelbezeichnung »Migranten« zusammengezogen wird, erfolgt nicht mehr pauschal. Ganz im Gegenteil sogar, inzwischen sind die vielfältigen Unterschiede in der »Migrationsbevölkerung« in den Mittelpunkt gerückt und der Migrationsaspekt wird somit genauer gefasst. Wir sprechen von einer ersten, zweiten und dritten Generation, von Aus- und Inländern mit Migrationserfahrungen, den eigenen Migrationserfahrungen, der nah oder fern zurückliegenden Migrationserfahrung, dem Migrationshintergrund, der einen oder beide Elternteile, ganz oder auch nur teilweise betrifft. Es lassen sich aber dennoch noch immer enorme Unterschiede in der Art und Weise feststellen, in der mit der Migration umgegangen wird. Obwohl der Umgang offener und kenntnisreicher geworden ist, sind Vorurteile und Unkenntnis keinesfalls abgebaut. Und dies gilt gerade in jenen Bereichen, in denen eine professionelle Expertise gefordert wird, wenn mit Menschen umgegangen wird, bei denen dem Migrationsaspekt eine Bedeutung zugesprochen wird.

Wir haben uns im vorliegenden Band für eine sehr allgemeine Zugangsweise entschieden. Allgemein, weil wir keine Einschränkung vornehmen, die weder eine Zuspitzung der Zielgruppenfrage vorsieht noch auf einen spezifischen Beratungskontext hinweist. Diese Offenheit in der Thematisierung sehen wir v. a. deswegen als notwendig an, weil wir damit einer Thematik Raum geben, die bisher – das ist Ausweis der Problematik, dass Deutschland sich so lange nicht als Einwanderungsland verstanden hat – nur ansatzweise erschlossen wurde. Dieser Explorationscharakter bedeutet aber auch, dass wir eine Vielzahl der Bereiche der Beratung von Migranten und Migrantinnen und Personen mit Migrationshintergrund beleuchten, dabei aber keinen Vollständigkeitsanspruch erheben können. Viele der Themen sind nicht abschließend behandelt, sie dienen als Annäherung und liefern Stichworte für die Weiterbearbeitung. Das Gleiche gilt für die Umfänglichkeit der Thematik. Noch sind nicht alle Kontexte der Beratung erschlossen.

Der Vorliegende Band gliedert sich in die drei Teile (1) *Grundlagen – Migration und Beratung*, (2) *Beratung für Kinder und Jugendliche* und (3) *Beratung für Erwachsene*.

(1) Im ersten Beitrag des Grundlagenkapitels setzen sich Wilhelm Körner, Gülcan Irdem und Ullrich Bauer mit dem Thema der Migration und Beratung auseinander, wobei sie den Akzent auf Gesundheits- und Erziehungsberatung legen.

Jürgen Gerdes klärt den Interessenkonflikt zwischen den Ansprüchen der Nationalstaaten und denen der Immigrantinnen und Immigranten. Aspekte der geschlechtsspezifischen Sozialisation in konservativen muslimischen Milieus beschreiben Aladin El-Mafaalani und Ahmet Toprak. Die Repräsentation von Kultur und ihre Berücksichtigung in der Psychotherapie stellen Cinur Ghaderi und Eva van Keuk dar. Den Umgang mit Sprachbarrieren und den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern erläutern Jutta Bierwirth und Abdoulaye Amadou. Julia Paruch und Bernd Röhrle machen Vorschläge für eine bedürfnisgerechte Prävention psychischer Störungen bei (muslimischen) Migrantinnen und Migranten. Auf die besondere Bedeutung von Selbsthilfe für Migrantinnen und Migranten weist Emra Ilgün-Birhimeoğlu hin. Wolfgang Schrödter schließt den ersten Teil mit der Skizzierung der Notwendigkeit der Qualitätssicherung in der Beratung ab.

(2) Im folgenden Abschnitt der Beiträge gibt Jürgen Kriz zunächst einen Überblick über die Grundorientierungen in der Erziehungsberatung. Askim Müller-Bozkurt und Christian Gosberg behandeln das Verhältnis von Lese-Rechtsschreib-Schwäche und Hochbegabung bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund, während sich Birgit Werner mit dem Verhältnis von Rechenschwierigkeiten und Migration befasst. Joachim Schröder zeigt, dass interkulturelle Sozialarbeit eine Möglichkeit bietet, schulische Schwierigkeiten von migrantischen Kindern und Jugendlichen zu reduzieren. Aspekte von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch in Migrantenfamilien erörtert Ece Wendler. Haci-Halil Uslucan stellt Gewaltentstehung und -prävention bei Kindern und Jugendlichen und Ehsan Salehi-Jozani ein Antiaggressivitäts-Training als besondere Form der Sozialen Gruppenarbeit vor. Verschiedene Formen der Online-Beratung in der interkulturellen Jugendarbeit erläutern Kemal Bozay und Hakan Uzun.

(3) Der letzte inhaltliche Abschnitt des Bandes stellt verschiedene Themen der Beratung für Erwachsene vor: Isaac Bermejo skizziert Art und Umfang psychischer Störungen und erläutert die Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem und Ruperta Matern behandelt das Themenfeld Psychosomatische Störungen und Psycho-soziale Beratung. Lösungsansätze und Herausforderungen der transkulturellen Psychotherapie beschreiben Ibrahim Özkan und Maria Belz. Havva Mazi skizziert Überlegungen zu einer möglichen bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung muslimischer Patienten in der stationären Gesundheitsversorgung, Ljiljana Joksimovic konkretisiert diese Anforderungen für chronisch kranke Migrantinnen und Migranten. Ibrahim Özkan erläutert die grundsätzlichen Bedingungen für Formen der Traumabehandlung von Migrantinnen und Migranten und Jan Ilhan Kizilhan Behandlungskonzepte in Gruppenverfahren. Talibe Süzen weist auf die Themen Trennung und Scheidung als Herausforderung für Soziale Arbeit im Migrationskontext hin und abschließend erläutert Barbara Heimannsberg Grundsätze einer interkulturellen Mediation.

Wir sind froh über eine erste Sammlung von Positionen, die das Potenzial auf den Aspekt der zielgruppenorientierten Beratung sehr deutlich erkennen lässt. Wir danken allen Autorinnen und Autoren für ihre interessanten Beiträge und Herrn Dr. Burkarth vom Kohlhammer Verlag für seine Geduld mit diesem Vorhaben.

Ferner danken wir Christian Claaßen und Michael Rehder für wichtige Korrektur- und redaktionelle Arbeit.

Die Herausgeber im November 2012

Grundlagen – Migration und Beratung

Migration und Beratung – Eine eröffnende Perspektive

Wilhelm Körner, Gülcan Irdem & Ullrich Bauer

Die eröffnende Perspektive soll Grundbegriffe der Debatte erläutern und damit eine erste thematische Orientierung bieten. Wir stellen zunächst grundlegende Trends in der Betrachtung des Migrationsthemas vor und wollen exemplarisch die Bedeutung von Beratung im Rahmen von sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen erörtern.

1 Worüber sprechen wir, wenn wir von Migration reden?

Migration ist zu einem Querschnittsthema unserer Gesellschaft geworden. Mit der Veränderung der Bevölkerungsstruktur in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich auch die gesellschaftliche Wahrnehmung von Migrationsströmen geändert. Seit inzwischen über einem Jahrzehnt versteht sich auch die Bundesrepublik als ein Einwanderungsland. Neben dem inzwischen »klassischen« Migrationstypus der Arbeitsmigration der 1950er bis 70er Jahre sind ab den 1980er Jahren die wirtschaftliche, Flucht- und Asylmigration in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, im Anschluss das Brain-Drain (die akademische Arbeitsmigration), die Heiratsmigration, der Familiennachzug und die Prostitutionsmigration (Oswald, 2007). Aktuell sprechen wir auch von Pendel- oder Transmigration und erleben damit, dass der Blick auf das Phänomen der Migration als langfristige Veränderung eines dauerhaften Wohnsitzes unscharf geworden ist. Ein individueller Wohnsitz kann demnach dauerhaft instabil sein (Bommes, 2002; Pries, 2001).

Das Statistische Bundesamt unterscheidet auf Grundlage der Berechnungen des jährlichen Mikrozensus Bevölkerungsanteile, die mit dem Begriff »Migration« verbunden werden, in inzwischen sehr differenzierter Form (Statistisches Bundesamt, 2011). Danach lassen sich Lebensbedingungen, die mit einer eigenen oder familialen Migrationserfahrung verbunden sind, wie folgt unterscheiden (► **Tabelle 1**).

Tab. 1: Ausprägungen des detaillierten Migrationsstatus (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 7. Eigene Darstellung).

1	Deutsche <i>ohne</i> Migrationshintergrund
2	Personen <i>mit</i> Migrationshintergrund im weiteren Sinn insgesamt
2.1	Migrationshintergrund nicht durchgehend bestimmbar
2.2	Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn insgesamt nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1	Personen mit eigener Migrationserfahrung (Zugewanderte) insgesamt nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.1	Ausländer nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.2	Deutsche nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.2.1	(Spät-)Aussiedler nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.2.2	Eingebürgerte nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2	Personen ohne eigene Migrationserfahrung (nicht Zugewanderte) insgesamt nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.1	Ausländer (2. und 3. Generation) nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.2	Deutsche nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.2.1	Eingebürgerte nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.2.2	Deutsche mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil
2.2.2.2.2.1	mit beidseitigem Migrationshintergrund
2.2.2.2.2.2	mit einseitigem Migrationshintergrund

Das Statistische Bundesamt (2011, S. 7 f.) spricht von einem Anteil von 16,0 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Dies sind 715 000 Personen mehr als im Jahr 2005. Im gleichen Zeitraum ist hingegen die Bevölkerung insgesamt um 561 000 Personen zurückgegangen (von 82,5 auf 81,9 Mio.), die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sogar noch in einem höheren Maße um 1 276 000 (von 67,1 auf 65,9 Mio.) Personen. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in der Folge von 18,6 % auf 19,6 % angestiegen. Dabei fällt auf, dass sich der Anteil der Bevölkerung in den unterschiedlichen Altersstufen verändert (► **Abb. 1**). Er verbreitert sich in den jüngeren Alterskohorten (im Altersdurchschnitt 34,6 gegenüber 45,6 Jahren), wir können somit von einer dauerhaften und nachhaltigen Implementierung des Migrationsthemas in der deutschen Bevölkerungsstruktur sprechen.

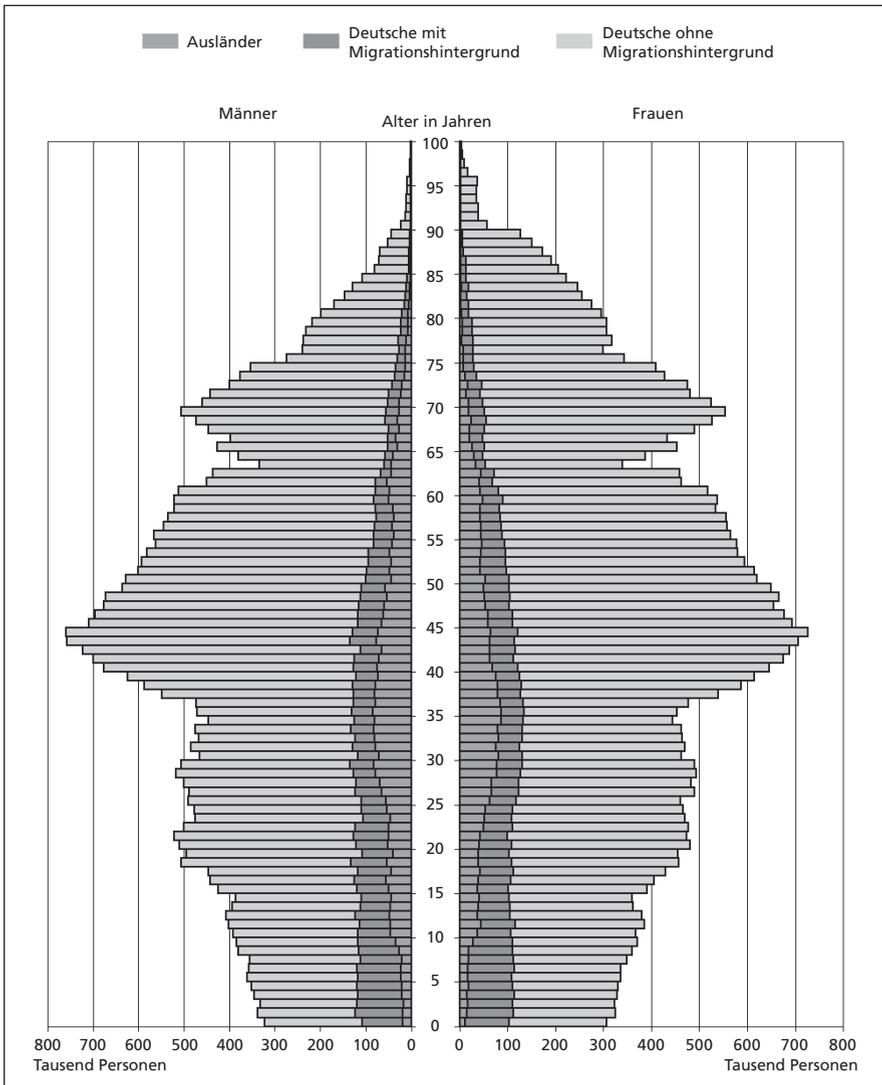


Abb. 1: Zwei Alterspyramiden, 2009, nach Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2, Migration in Deutschland 2011, S. 14f.).

Von den Personen mit Migrationshintergrund machen Ausländerinnen und Ausländer (also Personen ohne deutschen Pass) 7,2 Mio. oder 8,8 % der Bevölkerung, die in Deutschland Eingebürgerten dagegen mit 8,8 Mio. oder 10,8 % der Bevölkerung mehr als die Hälfte aus (hier wie im Folgenden: Statistisches Bundesamt, 2011). Mit 10,6 Mio. stellen die seit 1950 Zugewanderten mit eigener Migrationserfahrung zwei Drittel aller Personen mit Migrationshintergrund dar. Die in Deutschland geborenen Personen ohne eigene Migrationserfahrung haben sich

in ihrer Zusammensetzung verändert: Ausländerinnen und Ausländer stellen mit 1,6 Mio. weiterhin 2 % der Bevölkerung, »die Zahl der hier geborenen Deutschen mit Migrationshintergrund hat sich gegenüber 2008 aber um 189 000 auf 3,5 Mio. bzw. 4,2 % der Bevölkerung erhöht.« (Ebd., S. 7) Der europäische Herkunftskontext ist für die Migration in Deutschland quantitativ besonders bedeutsam, 70,6 % der 10,6 Mio. ausländischen oder eingebürgerten Zuwanderer kommen aus einem europäischen Land, 32,3 % von ihnen kommen aus den 27 Mitglieds-ländern der Europäischen Union (► **Tabelle 2**).

Tab. 2: In Deutschland lebende Personen mit Migrationshintergrund und Herkunftsländer (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 8. Eigene Darstellung).

Anzahl der Personen	Herkunft
3 000 000	Türkei
2 900 000	ehemalige Sowjetunion
1 500 000	Nachfolgestaaten Jugoslawiens
830 000	Italien
403 000	Griechenland
171 000	Portugal

Die ca. 10 Millionen Zugewanderten halten sich im Schnitt seit ca. 21 Jahren in Deutschland auf. Die klassische Familie mit Eltern und Kindern kommt in den Haushalten mit Migrationshintergrund deutlich häufiger vor als in Familien ohne Migrationshintergrund (57,6 % gegenüber 38,6 %). Die Bildungsbeteiligung und der Bildungserfolg weichen indes auffällig von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ab (► **Abb. 2**). Im Durchschnitt 14 % der Ausländer und Personen mit

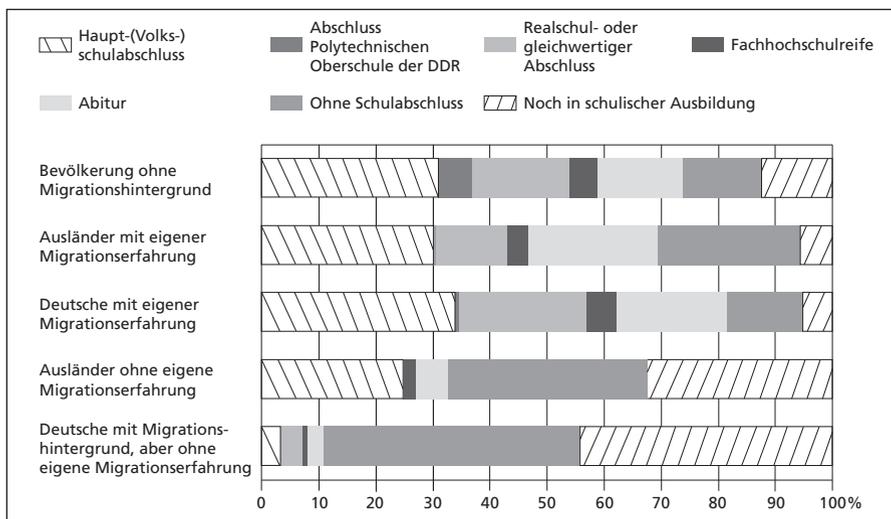


Abb. 2: Bevölkerung nach Migrationsstatus und allgemeinem Schulabschluss (Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2, Migration in Deutschland 2011, S. 28).

Migrationshintergrund (gegenüber 2 %) haben keinen allgemeinen Schulabschluss und 45 % (gegenüber 20 %) keinen berufsqualifizierenden Abschluss. Der Mikrozensus weist zudem höhere Erwerbslosigkeitsquoten von Personen mit Migrationshintergrund (etwa doppelt so häufig) und eine höhere Quote (11,5 % gegenüber 7,0 % aller Erwerbstätigen) an Beschäftigten im Niedriglohnssektor aus (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 28).

Differenz oder Defizit – Der Umgang mit Migration

Konstitutiv für den Umgang mit dem Thema Migration ist die Zuschreibung von spezifischen Merkmalen, die mit dem Migrationsaspekt verbunden wird. Diese erfolgt zumeist unabhängig davon, wie differenziert die Gruppe der Migrantinnen und Migranten bzw. der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gesehen werden muss. In vereinfachender und homogenisierender Absicht werden Gruppenzugehörigkeiten zumeist unabhängig von der Aufenthaltsdauer, der Aufenthaltsmotivation und den spezifischen Lebensbedingungen in Deutschland getroffen (etwa, wenn ein Junge, der selbst, wie bereits seine Eltern, in Deutschland geboren ist, als Türke bezeichnet wird). Zu einer solchen Feststellung von Zugehörigkeit gehört an erster Stelle eine Zuschreibung von gruppenspezifischen Verhaltensweisen. Ohne hier eine vertiefende Darstellung von negativen nationalitätsspezifischen Gruppenstigmata bezüglich der Gruppen mit Migrationshintergrund vornehmen zu wollen (Madubuko, 2011; methodisch hierzu Blank et al., 2004), ist zentral, dass eine spezifische, von einer postulierten Mehrheitskultur abweichende Mentalität angenommen wird. Im Falle von Gruppen, die als Flüchtlinge und/oder als Arbeitsmigranten oder Arbeitsmigrantinnen mit wenig ökonomischen Ressourcen wahrgenommen werden und die als un- und angelernte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (oder Transfereinkommensabhängige) am unteren Ende der sozialen Hierarchie einsortiert werden, wird diese Mentalität zumeist als unzureichend für die reibungslose Integration bestimmt. Angehörige von Migrationsgruppen sind damit nicht nur *anders*; das, was sie anders macht, wird als *defizitär* wahrgenommen und gilt damit als Auslöser für eine sozial exkludierte Lebenssituation (siehe hierfür beispielhaft die Diskussion, die als sogenannte Sarrazin-Debatte diese Vorurteilsstruktur sichtbar machte).

In der pädagogischen, bildungsbezogenen Diskussion existiert bereits seit einiger Zeit ein umfangreicher Diskurs über den professionellen Umgang mit Formen der ethnischen Stigmatisierung. Dabei wird v. a. darauf abgehoben, dass das Migrantinnen- und Migrantenbild und die damit verbundenen gruppenbezogenen Mentalitätsmerkmale einem Wandel in der Thematisierung unterliegen, der von der Kategorisierung der Andersartigkeit und der Zuschreibung eines Defizits zu einer Akzeptanz von Andersartigkeit als Differenz führt. Thomas Geier (2011) hat die Ansätze in der Pädagogik zusammengestellt, die den Umgang mit Migration im Bereich der formellen Bildung kennzeichnen. Hiernach ist zunächst das Prinzip einer *Ausländerpädagogik* vorherrschend, bei der das Andersartige der Migrantinnen und Migranten und ihrer Kinder in den Vordergrund gestellt wird. Hierbei steht zugleich das Dogma der Rückkehr der Migrantinnen und Migranten in ihre

Herkunftsländer im Zentrum und die Frage der Gemeinsamkeit von identitätsstiftenden Werten bzw. der Gleichwertigkeit der Kulturen wird nicht gestellt. Erst in der nachfolgenden Phase einer multi- und interkulturellen Pädagogik (seit den 1980er Jahren) wird indes auf die Gleichwertigkeit der kulturellen Identität (unter dem Primat der/des bleibenden Migrantin und Migranten) abgehoben. Das Besondere ist dabei, dass trotz der Orientierung auf Gleichwertigkeit und der Akzeptanz der Bleibebedingung die Vorstellung einer grundsätzlichen Andersartigkeit der Migrationsbevölkerung nicht aufgegeben wird. Auch wenn damit also ein Wandel in der Akzeptanz jener wachsenden Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund einhergeht, wird die Annahme einer grundsätzlichen Fremdheit nur positiver konnotiert, nicht aber aufgehoben.

Die Analogie zur Behandlung der Migrationsthematik im Bildungsbereich kann künftig zu einer besonderen Form der Sensibilisierung für den Gegenstandsbereich der Beratung führen: Beratung muss danach zum einen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden. Zum anderen darf Zielgruppenspezifität nicht bedeuten, dass Vorurteile über bestimmte Mentalitätsmuster naturalisiert, also auf Dauer gestellt und damit als unabänderlich mit einer ethnischen Zugehörigkeit verbunden werden. Dies wird einer jeweils besonderen und damit notwendig individuellen Situation der Ratsuchenden (etwa im Falle eines Migrationshintergrunds in der zweiten und dritten Generation, einer »geteilten« Zugehörigkeit bei Kindern von Eltern mit unterschiedlicher Migrationsherkunft, der Heterogenisierung von Migrationsmilieus etc.) nicht gerecht.

2 Worüber sprechen wir, wenn wir von Beratung reden?

Der Beratungsdiskurs hat eine in den vergangenen Jahrzehnten ebenso steile Karriere erlebt wie der Migrationsdiskurs. Im Vergleich zu verwandten Konzepten wie Information, Aufklärung und Begleitung hat der Beratungsbegriff dabei eine disziplinübergreifende Bedeutung erhalten. Weder in der Psychologie noch in der Medizin, der Sozialpädagogik, der Sozialen Arbeit oder der Erziehungswissenschaft ist das Feld Beratung als ein Alleinstellungsmerkmal situiert. Vielmehr ist die abgrenzende Bedingung die Professionalisierung der Beratungstätigkeit:

Geht es um Beratung, so kann es ein erstes Anliegen sein, Beratung von Alltagsgesprächen zu unterscheiden. Beratung wird dann als eine Sonderform zwischenmenschlicher Kommunikation verstanden [...]. Situationen der Beratung sind gekennzeichnet durch die Anwesenheit eines Beraters und seine Bereitschaft, Zeit, Aufmerksamkeit und Respekt bereitzustellen. Beratung geschieht in einer besonderen Beziehung [...]. Offen bleibt, woran wir Aufmerksamkeit und Respekt festmachen, was das Anliegen des Klienten ist und welche Bedeutung Fachwissen des Beraters hat. (Steinebach, 2006, S. 12)

Spätestens seit Mitte der 1970er Jahre wird von Beratung erwartet, dass sie dem Alltag und der Lebenswelt ihrer Klientinnen und Klienten gerecht wird. Beratung

ist hiernach »eine vielgestaltige, sich ständig verändernde und durch viele interne und externe Einflussfaktoren bestimmte professionelle Hilfeform. Sie unterstützt in variantenreichen Formen bei der Bewältigung von Entscheidungsanforderungen, Problemen und Krisen und bei der Gestaltung individueller und sozialer Lebensstile und Lebensgeschichten« (Nestmann et al., 2004, S. 599). Eine Ausgrenzung und Parzellierung von Problemlagen aus dem jeweiligen Kontext

ist seitdem eines der zentralen Beratungs- und Handlungskonzepte [...], mit dem sich Expertokratie und Psychologielastigkeit von Beratung kritisieren lassen [...]. An den Rändern der Psychologie und mit deutlicher Nähe zur Soziologie entstand zudem in den 70er Jahren der Begriff »psychozial«. Hierunter ließen sich Konzepte zusammenfassen, die am Zusammenhang von psychischen Problemen (wie Depression) und sozialen Phänomenen (wie Armut oder Arbeitslosigkeit) ansetzten und hierzu beratende Vorgehensweisen vorschlugen. (Engel & Sickendiek, 2004, S. 35)

Der bezeichnete Zusammenhang zwischen psychischen und sozialen Problemen scheint – noch immer – eines der innovativsten Elemente im Beratungsdiskurs zu sein. Hinzu tritt eine Diversifizierung von Praxisfeldern und Methoden der Beratung, auf die sich die Diskussion der kommenden Jahre u. E. im Besonderen konzentrieren wird. Im Folgenden wollen wir in zwei Feldern diese unterschiedlichen Zugangsweisen exemplarisch vorstellen. Die nur kursorische Vorstellung der Gesundheitsberatung soll dazu dienen, die Figur des Klienten als Coproduzenten seiner eigenen Gesundheit einzuführen, womit der Patient als aktiver Akteur im Verhältnis von Professionellen und Klienten gesehen wird. Die Gesundheitsberatung steht hierfür u. E. besonders stellvertretend und das davon ausgehende Verständnis der Klientenbeteiligung (das sowohl von institutioneller als auch aus bedarfsorientierter Sicht gewünscht wird) ist in allen Beratungsfeldern wiederzufinden. Die Konstitutions- und Praxisbedingungen im Bereich der Erziehungsberatung werden umfangreicher vorgestellt. Hiermit kann ein einführender und gleichzeitig vertiefender Blick auf das große Handlungsfeld psycho-sozialer Beratung gegeben werden.

2.1 Beratung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung

Die gesundheitliche Beratung hat in den vergangenen Jahren einen besonderen Stellenwert erhalten, weil ein Wandel im Krankheitspanorama ihren Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung verändert hat. Dieser Wandel ist v. a. durch einen höheren Stellenwert der langandauernden und behandlungsintensiven gegenüber Akuterkrankungen mit kurzer Behandlungsdauer gekennzeichnet. Die sogenannten chronischen oder chronifizierten Erkrankungen bestimmen seit dem ausgehenden 20. Jahrhundert das Krankheitsspektrum in den industrialisierten Ländern. Unveränderbare Beeinträchtigungen kennzeichnen sie ebenso wie ein mit der Zeit wachsender Hilfe- und Versorgungsbedarf. Doch trotz der seit mehr als zwei Jahrzehnten geführten Diskussion über den Wandel des Krankheitspanoramas und die aus ihm resultierenden Anpassungserfordernisse stehen einer bedarfsgerechten Versorgung bei chronischer Krankheit nach wie vor zahlreiche Defizite entgegen (SVR, 2000/2001; Schwartz et al., 2003; Hurrelmann et al., 2006; Schaeffer &

Moers, 2003; von Ferber & Behrens, 1997). Sie zeigen sich u. a. (1) im Festhalten an einem traditionellen Rollenverständnis des Patienten, der überwiegend als passiver Leistungsempfänger betrachtet wird, der kaum Informationen zu seinem Krankheitsbild benötigt. Noch immer wird er damit nicht als Coproduzent seiner Gesundheit und damit als aktive Nutzerin und aktiver Nutzer (Donabedian, 1992; Schaeffer et al., 2005) im Gesundheitswesen mit einem hohen Informations- und Beratungsbedarf erkannt (hierfür steht ein gewandeltes Krankheitsverständnis Pate, das den Patienten als rein passiven Leistungsempfänger nicht mehr akzeptiert). Noch deutlicher werden diese Defizite (2) bei der Information, Beratung und Edukation chronisch Erkrankter (Dierks et al., 2001; Müller-Mundt, 2005; Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2006) – ein Bereich, der angestoßen durch die Gutachten des Sachverständigenrats für die Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2000/2001, 2003, 2005) immer mehr Beachtung finden muss. Inzwischen setzt sich damit auch in Deutschland die Erkenntnis durch, dass es speziell für chronisch Erkrankte neuer Formen der kommunikativen Unterstützung bedarf, um die Patienten zu befähigen, ein höheres Maß an Autonomie, Eigenverantwortung und Nutzungskompetenz zu entfalten.

Patientenedukation, Kompetenzförderung, Empowerment, Selbstmanagementunterstützung, Patienteninformation und -beratung inklusive neuer Informationsmedien bezeichnen Konzepte, die für differente Patientengruppen und Versorgungskontexte fruchtbar zu machen versucht werden (Barlow et al., 2002; Bauer et al., 2005; Ewers et al., 2006). Es existiert Übereinstimmung darin, dass diese Konzepte prinzipiell dafür geeignet sind, den im Bereich der kommunikativen Unterstützung bestehenden Bedarf im Versorgungswesen zu decken. Dafür sprechen auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen, die betonen, dass chronische Erkrankungen mit einem hohen Bedarf an Information und Beratung einhergehen (Beverley et al., 2004; Schaeffer, 2004, 2006). Auf Basis dieser Studienlage kann heute vermutet werden, dass der Informationsbedarf sehr facettenreich ist, er zyklisch virulent wird und je nach Phase des Krankheitsverlaufs variiert. Allein in der Phase der Abklärung und Mitteilung der Diagnose entstehen zahlreiche Fragen und Unsicherheiten bei den Erkrankten (Corbin & Strauss, 2004; Schaeffer et al., 2003) und dies setzt sich anschließend bei der Entscheidung über geeignete Behandlungsmethoden/-instanzen und der dazu notwendigen, oft schwierigen Informationsbeschaffung fort (Dierks & Schaeffer, 2005; Klemperer, 2003; Sawicki, 2005). Nicht weniger viele Fragen treten in den folgenden Phasen des Krankheitsverlaufs auf, wenn es z. B. darum geht, eine Umgangsweise mit dem meist komplexen Therapieregime oder mit negativen Begleiterscheinungen chronischer Krankheit (wie körperlicher Beeinträchtigung/Behinderung, Schmerz, Medikamentennebenwirkungen, Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit) zu finden. Auch wenn das Alltagsleben an die Krankheit anzupassen oder aber die Versorgung (neu) zu organisieren ist und u. a. finanzielle und versicherungs- bzw. sozialrechtliche Probleme abzuklären sind, entstehen zahlreiche Fragen und Beratungsanliegen. Ähnlich ist es in den späteren Phasen chronischer Krankheit, denn zumeist steigert sich dann die Wechselhaftigkeit des Krankheitsverlaufs, verdichten sich die Versorgungsherausforderungen und nehmen an Komplexität zu (Ewers & Schaeffer, 2005).

Exemplarisch deutet dies bereits an, dass der Informations- und Beratungsbedarf bei chronischer Krankheit keinen punktuellen und gleichförmigen Charakter hat, sondern sich in den unterschiedlichen Phasen immer wieder neu und anders darstellt. Es ist durchaus anzunehmen, dass diese hohe Variabilität der Bedarfsausprägung durch die Varianz der Unterschiedlichkeit in den Patientenmerkmalen noch erhöht wird. Für den Präventions- und Pflegebereich kann dies bereits bestätigt werden (Bauer & Büscher, 2008; Bauer et al., 2012). Gleichzeitig herrscht über quantitative und qualitative Dimensionen dieses Bedarfs weithin Unklarheit, weil national wie international Studien zum Informations- und Beratungsbedarf aus Patientensicht immer noch kaum vorhanden sind. Dies gilt insbesondere für den Beratungsbedarf aus der Sicht von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Entsprechend machen die vorliegenden Befragungen der Nutzer und Nutzerinnen von Angeboten der Patientenberatung eine weitere Problematik sichtbar. Ihnen zufolge stoßen die vorhandenen Angebote zur Patienteninformation und -beratung zwar insgesamt auf große Resonanz, erreichen aber längst nicht alle Patientengruppen (Dierks & Seidel, 2006). Verantwortlich dafür ist primär, dass sie meist einer zu unklaren Zielgruppenkonzeption folgen, die über epidemiologische Realitäten hinweggeht. Zudem widmen bestehende Angebote ressourcenschwachen Patientengruppen zu wenig Beachtung (Seidel & Dierks, 2005): Zu den Nutzern gehören überwiegend junge Erwachsene und die bereits relativ gut informierten, zumeist weiblichen Mittelschichtsangehörigen. Menschen aus unteren sozialen Schichten und bildungsfernen Milieus, ebenso Migrantinnen und Migranten, Behinderte, Männer im Erwachsenenalter und Hochaltrige sind bislang unterrepräsentiert und gelten als schwer erreichbar. Dies bezeichnet eine Feststellung, die sich daran stößt, dass der Kenntnisstand über den Bedarf dieser Zielgruppen, die sich nach Alter, Geschlecht, Bildung, Ressourcensituation oder allgemein milieuspezifischen Lebensbedingungen unterscheiden, gering ist. Dies bestätigen insbesondere auch internationale Studien.

So ist nicht erstaunlich, dass die neu entstandenen Angebote zur Patientenberatung chronisch Erkrankte und insbesondere die ressourcenschwachen Gruppen unter ihnen nicht erreichen. Wie wichtig dies indes ist, zeigen Befunde zur Krankheitslast. Sie verweisen darauf, dass gerade diese Gruppen über geringere Nutzungskompetenzen verfügen und ihnen somit die Navigation durch die komplexen und mitunter intransparenten Strukturen des Versorgungswesens schwerer fallen (Geyer, 2001; Schaeffer, 2004; Bauer et al., 2005). Zusammenfassend betrachtet deutet der skizzierte Forschungsstand zum Thema der Gesundheitsberatung somit auf eine Schiefelage zwischen Bedarf und Nutzungsmöglichkeiten hin – eine Entwicklung, die auch aus anderen Versorgungsbereichen bekannt ist und dort inzwischen als Folge einer Fehlausrichtung der Angebotsstruktur betrachtet wird (SVR, 2003). Ähnlich unvollständig ist die Befundlage dazu, wie sich die zielgruppenspezifischen Bedarfsprofile ressourcenschwacher und schwer erreichbarer Patientengruppen darstellen. Dies gilt insbesondere für Ansätze, die materielle Aspekte der Ressourcenausstattung mit einer kultursensiblen und mentalitätsbezogenen Analyse verbinden. Dieses Defizit wiegt besonders schwer, weil ressourcenschwache Gruppen, obwohl sie überproportional von chronischen

Erkrankungen betroffen sind, über geringere Potenziale zur Krankheitsbewältigung verfügen (Bauer et al., 2005; Rosenbrock & Michel, 2007).

2.2 Merkmale und Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung

Autoren und Autorinnen, die sich mit Erziehungsberatung befassen, verzichten auf eine Definition und verweisen dafür auf ihre gesetzliche Verankerung (Körner & Hörmann, 1998; Körner & Hensen, 2008) sowie auf ihre über 100-jährige Geschichte (Hörmann & Körner, 2008 b), die somit eine Definition überflüssig machen: Erziehungsberatung sei mit über 1000 Beratungsstellen ein etabliertes Angebot im psycho-sozialen Bereich. Allenfalls befassen sie sich mit der Abgrenzung von Psychotherapie und Beratung (z. B. Hensen & Körner, 2005; Steinebach, 2006), die wir für wenig ergiebig halten, da diese Diskussion seit ca. 30 Jahren (Nestmann, 1984) ohne nennenswerte Ergebnisse geführt wird: Psychotherapie ist im Rahmen der Erziehungsberatung auch ohne Approbation gesetzlich erlaubt (vgl. Winkler, 2008). Wir skizzieren im Folgenden Rahmenbedingungen und Merkmale von institutionalisierter Erziehungsberatung und Aspekte ihrer interkulturellen Öffnung. An anderer Stelle wird das Leistungsspektrum der Erziehungsberatung (EB) ausführlich vorgestellt (Körner & Hörmann, 1998, 2000; Hörmann & Körner, 2008 a). In diesem Band gibt Kriz einen Überblick über ihre wichtigsten (Beratungs-)Methoden.

Eine Erziehungsberatungsstelle ist eine spezialisierte Facheinrichtung der Jugendhilfe, die ihre Aufgaben auf der gesetzlichen Grundlage gemäß § 28 SGB VIII in der Verbindung mit der Zugangsvoraussetzung des § 27 SGB VIII wahrnimmt. Mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahre 1990 und dem Wirksamwerden als Achstes Buch des Sozialgesetzbuches ab dem 01.01.1991 wurde die Erziehungsberatung erstmals zum ausdrücklichen Pflichtangebot der Jugendhilfe.

Das Beratungsangebot soll Kindern, Jugendlichen, Eltern und anderen Erziehungsberechtigten bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und deren Ursachen helfen. Um dieses Angebot sicherzustellen und aufrechtzuerhalten, sieht der Gesetzgeber vor, dass Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.

Ein erweiterter Handlungsauftrag für die EB kann aus gesellschaftlichen Veränderungsprozessen abgeleitet werden: Die Zahl der jungen Menschen, die vor dem Hintergrund des ökonomischen Paradigmas als »nicht produktiv« eingestuft werden oder nicht in sog. »normale« Erwerbsbiografien integriert werden können, wächst zusehends.

Sozialräumliche Öffnung der Erziehungsberatung

Die programmatische Wende des von Thiersch (1992; vgl. auch Thiersch, 2004 a, 2004 b) vorgestellten Konzepts der Alltagsorientierung hat sich im Ergebnis als »Lebensweltorientierung« in vielen Bereichen der Jugendhilfe durchgesetzt. Daran angelehnt sind sozialpädagogische Beratungsansätze, die fernab von individuumszentrierten Aufträgen direkt an dem Lebensraum (Lewin, 1963) und der Lebenswelt (Schütz & Luckmann, 1975) ansetzen. Die Unbestimmtheit und unmittelbare Einbettung sozialpädagogischer Beratung in Alltagszusammenhänge wird in verschiedenen Erbringungskontexten deutlich (z. B. im Bereich der Sozialen Dienste oder der Gemeinwesen- und Stadtteilarbeit). Gleichzeitig gewinnt in diesem Zusammenhang der sozialräumliche Blick vor dem Hintergrund der (Um-)Gestaltung der sozialpädagogischen Infrastruktur eine große Rolle.

Die institutionelle Erziehungsberatung war und ist von diesen Entwicklungen betroffen und steht in der aufkommenden Öffnungsdiskussion teilweise in der konzeptionellen Kritik. Gefordert wird vermehrt die Übernahme sozialräumlicher Handlungs- und Beratungskonzepte, ohne die traditionelle und notwendige Einzelfallberatung und Therapie zu vernachlässigen.

Diese Form der Beratung, die entsprechend der Tradition sozialpädagogischen Handelns in Anspruch nimmt, Alltagsprobleme einerseits unverkürzt, andererseits aber professionell anzugehen, definiert ihre Aufgabe u. a. als eine an sozialen Situationen und am Handeln von Betroffenen ausgerichtete gemeinsame Erforschung von Problemen und Problembzügen. (Nestmann & Sickendiek 2001, S. 147)

Einige Erziehungsberatungsstellen sind diesen Weg mitgegangen, das zeigen die ausdrücklich sozialraum- und stadtteilorientierten Beratungsstellen (z. B. Hartwig et al., 2006), wobei zwischen Sozialraumorientierung und Lebensweltorientierung analytisch unterschieden werden muss. Merchel (2001, S. 372) differenziert im Folgenden: Der Begriff der Lebensweltorientierung nehme das Individuum als Ausgangspunkt und beschreibe somit einen begrenzten – individuell flexiblen – Blickwinkel. Sozialraumorientierung vermittele demgegenüber eine Perspektive auf die Infrastruktur und komme dem nahe, was Lewin mit dem Begriff des Lebensraumes beschrieben hat. Sei im Bereich der Lebenswelt die Perspektive des Individuums nicht immer vollständig, so zeige sich der Blick auf den Sozialraum ebenso räumlich eingeschränkt. Für die Beratung bedeute diese Unterscheidung, dass beide Perspektiven einbezogen werden sollten: Während Kinder z. B. stärker auf das unmittelbare Umfeld (Sozialraum) bezogen seien, könne man bei Jugendlichen eine deutliche Ausweitung des Aktionsradius⁷ feststellen sowie eine Erweiterung individueller und selbstreflexiver Deutungsmuster ihrer Lebenswelt. Zusammenfassend stellt Merchel fest:

Tendenziell verweist der Begriff »Lebensweltorientierung« stärker auf das methodische Handeln im Einzelfall, bei dem auch die im Sozialraum vorhandenen Unterstützungspotenziale erfragt und in ihrer Bedeutung für die individuelle Lebenswelt genutzt werden sollen. Demgegenüber bündelt sich im Begriff der »Sozialraumorientierung« stärker die Gestaltung des infrastrukturellen Rahmens, wobei für eine Sozialraumgestaltung eine – wenn möglich, systematisch geplante und praktizierte – Ankoppelung an die Erkenntnisse zu den Lebenswelten der Sozialraumbewohner gewährleistet werden sollte. (2001, S. 373)

Hundsatz (2003, S. 200) beobachtet in diesem Zusammenhang eine an vielen Stellen einsetzende Trendwende zur Alltags- und Lebensweltorientierung im Bereich der institutionellen Erziehungsberatung und beschreibt auf der Grundlage der Forschungsergebnisse von Kurz-Adam (1995) sogar eine Abkehr von den traditionellen Therapieschulen.

Lebensweltorientierte Beratung ist eine Form der Beratung, die Menschen in ihren Verhältnissen (vgl. Röhrle, 2004; Thiersch, 2004 b), in ihren Ressourcen (Nestmann, 2004), ihren vorenthaltenen Partizipationschancen und ihren Schwierigkeiten des Alltags sieht. Das Konzept Lebensweltorientierung fokussiert auf das genaue Betrachten der jeweiligen konkreten Situation. Lebensweltorientierung thematisiert die soziale Praxis der Adressatinnen und schaut, welche Bewältigungsmöglichkeiten der Subjekte durch sie zur Verfügung stehen. Die zentralen Arbeitsorientierungen dieses Berufsfeldes sind Ganzheitlichkeit, Subjektorientierung, Parteilichkeit und die Hervorhebung von Stärken.

Erziehungs- und Familienberatung erscheint als umfassende Unterstützungsinstanz zur Lösung individueller Probleme. Hierzu gehört auch die Hinwendung zu marginalisierten Zielgruppen, die häufig nur in geringerem Maße von anderen freiwilligen Angeboten (z. B. der Familienbildung und -förderung, Beratung etc.) als andere Bevölkerungsgruppen profitieren. Die Lebensrealität sozial benachteiligter Akteure und Familien im Gemeinwesen wird daher zunehmend als Interventionsziel psycho-sozialer Aktivitäten identifiziert. Um diese Zielgruppen zu erreichen, wird seit einiger Zeit die Strategie verfolgt, niederschwellige Beratungsangebote zunehmend im Sozialraum und der Lebenswelt ihrer Bewohner und Bewohnerinnen anzusetzen. So hat die EB mit ihrer Niedrigschwelligkeit »eigentlich einen unschätzbaren Vorteil gegenüber Privatpraxen oder Hilfen zur Erziehung mit stärkeren Zugangskontrollen« für eine gute Basis zur Beratung von Migrantinnen und Migranten (Friese, 2006, S. 62).

Grob lässt sich das Beratungsangebot wie folgt einteilen (für eine ausführliche Übersicht siehe Körner & Hörmann, 1998, 2000), in einen

- *diagnostischen Bereich* (z. B. Leistungstests, Test zur Schulreife, LRS, Dyskalkulie, psychomotorische Störungen etc. Anamnese, Exploration, Verhaltensbeobachtung),
- *beraterischen Bereich* (z. B. bei Leistungsschwächen, Schullaufbahnberatung, Mediation, Vermittlung anderer Hilfsangebote, Aufzeigen erzieherischer Methoden, Begleitung etc.) und in einen
- *psychotherapeutischen Bereich* (z. B. Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, systemische Ansätze, Kinder- und Spieltherapie oder analytische Ansätze etc.).

Kritische Einschätzungen der Rahmenbedingungen der EB und ihrer Modernisierungstendenzen finden sich bei Abel (1998) und Gröll et al. (1998).

2.3 Zugangsbarrieren und interkulturelle Öffnung

Wie bereits erwähnt steigt die Zahl der Migrantinnen und Migranten an der bundesdeutschen Bevölkerung. Aus der Perspektive der EB ist es zentral, zu erfahren, wie viele Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland leben (und wie viele davon eine EB in Anspruch nehmen). Hier zeigt sich ein prozentualer Zuwachs an der Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und eine relativ geringere Abnahme an den absoluten Zahlen:

Etwa 4 Mio. der insgesamt 13,1 Mio. Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund (2005: 4,1 von 14,4 Mio.). Das entspricht einem Anteil von 30,9% (2005: 28,5%). Während der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in den 14 größten Städten Deutschlands (mehr als 500 000 Einwohner) besonders hoch ist (46%), liegt er in kleinen Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern nur bei 13%. Bei den unter Fünfjährigen macht die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund inzwischen 34,9% aus. (Migration und Bevölkerung, 8/2011)

Dagegen kamen von den insgesamt 314 045 in der EB Rat Suchenden des Jahres 2010 68 070 (ungefähr 21,7% aller Klienten) aus einer Familie, in der mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft war, und in 25 857 Familien (8,2%) wurde vorrangig nicht deutsch gesprochen (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, Pressemitteilung Nr. 341 vom 19.09.2011). Es gibt zahlreiche Erklärungen für diese relativ geringere (gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung und in Relation zur Anzahl aller Kinder und Jugendlichen) Inanspruchnahme der EB durch Migrantinnen und Migranten (Veneto-Scheib, 2003; Friese, 2006; Ministerium für Generation, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein Westfalen, 2006). Friese vermutet sogar, dass die EB Zugangsbarrieren für Migrantinnen und Migranten aufgebaut habe: »Die Zahlen sprechen dafür, dass Erziehungsberatung für die Population der Migrantenfamilien keineswegs niedrigschwellig ist, sondern offensichtlich Zugangsschwellen errichtet oder aufrecht erhalten hat« (Friese, 2006, S. 59).

Wir zitieren im Folgenden die Zusammenfassung von Gaitanides (o.J.), da sie die ausführlichste Zusammenstellung ist. Der Autor unterscheidet nach Hindernissen bei den *Migrantinnen und Migranten* und bei den *Expertinnen und Experten* und hält letztere für relevanter. Auf der Seite von Migranten macht er folgende Zugangsbarrieren aus:

- »Informationsdefizite über Vorhandensein, Struktur und Nutzwert der Angebote
- Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- Mangelhaftes Vertrauen in die interkulturelle Verständigungsmöglichkeit
- Erwartung von Vorurteilen gegenüber Migrantinnen und Migranten und Mangel an Akzeptanz
- Kulturell vermittelte Tabus (Scham, Familienehre, Angst vor Stigmatisierung)
- Traditionelle Symptomdeutung: externe Verursachung und geringes Bewusstsein von eigenen ›inneren‹, psychischen Anteilen (magische Deutung, Unfälle, Schicksalsschläge, sozialer Stress usw.)
- Soziokulturell vermittelte hohe Leidensbereitschaft und Stolz

- Vorbehalte gegenüber fremdkulturellen ethischen Positionen der Beratungsdienste, Unterstellung von Kolonialisierungsabsichten (hetzen die Kinder gegen die Eltern, die Frauen gegen die Männer)
- Mittelschichtenorientierte Beratungsansätze (nondirektive Gesprächsführung und Erarbeitung von Lösungen durch Selbstreflexion erscheint u. U. als Inkompetenz oder Mangel an Engagement), geringe Erwartungen an eine rein psychologisch- personalisierende Beratung (folgenlose ›Lagertherapie‹, wenig lebenspraktische Hilfe)
- Spezialisierte Problemlösungsbearbeitung bzw. Delegation von Teilproblemen an andere Einrichtungen wird als Zurückweisung erlebt
- Behörden- und Institutionen-Angst (einschließlich der Angst vor ausländerrechtlichen Folgen)
- [...] Barriere ›christlicher Tendenzbetrieb‹« (Gaitanides, o.J.).

Der Autor identifiziert als »wichtigste interaktive Ausgrenzungsmechanismen von Seiten der MitarbeiterInnen« folgende:

- »Nationalistische Verteidigung sozialstaatlicher Privilegien (vereinzelt)
- Abweisende Hilfe durch ethno- und sozio-zentrische Ressentiments
- Überbetonung und klischeehafte Generalisierung kultureller Unterschiede (Verkennung der Individualität und Reduktion der Handlungsspielräume durch defizitäre Zuschreibungen)
- Verunsicherung, Irritation und Auslösung von Ängsten und Ressentiments durch Fremdheit der Wahrnehmungen
- Aktivierung und Abwehr verdrängter kollektiver Schuldgefühle (v. a. wenn die ›Ausländerfeind!‹-Karte gezogen wird)
- Abwehr durch Kompetenzverlustängste (Annahme, dass im Umgang mit der Migrantenklientel die erworbenen Qualifikationen entwertet werden und dass die erlernten Methoden versagen)
- Furcht vor Mehrbelastung durch eine besonders ›schwierige‹ und ›belastete‹ Klientel
- Entlastung durch Delegation an Sonderdienste
- Colour-blindness – Ignorieren der kulturellen Differenz, sozialpsychologischer und struktureller Ausgrenzung. Wir behandeln alle gleich!« (Gaitanides, o.J.).

Nach Afane (2002) erfordert die Beratung von Migranten ein hohes Maß an Kenntnissen über Gründe der Ein- und Zuwanderung, über die politischen, gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen im Herkunftsland. Um den Menschen in ihrer Lebenswelt zu begegnen, bedarf es Einfühlungsvermögen und Sensibilität. Die Reflexionsfähigkeit des Beraters in seinen eigenen Grundeinstellungen zu Fremdheit, Toleranz und Vorurteilen ist die Voraussetzung des Gesprächs auf gleicher Augenhöhe.

2.4 Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenzen

Hier sollen die Möglichkeiten einer interkulturellen Perspektive in der Erziehungsberatung umrissen werden. Zur Vertiefung des Themas sei z. B. auf Mecheril (2004) verwiesen.

Interkulturelle Öffnung betrifft sowohl die *Außenbezüge* der Familienberatung als auch die *Binnenstruktur* der Einrichtung. Ausgehend von den identifizierten Barrieren auf Seiten der zugewanderten Familien wie auch der Einrichtungen selbst sind die entsprechenden Ansatzpunkte für eine Umsteuerung zu wählen. Eine wichtige Voraussetzung für die praktische Umsetzung einer interkulturellen Öffnung ist die Übersicht über die jeweiligen regionalen Gegebenheiten. Dies bedeutet, dass die relevanten Einrichtungen und Dienste im Kontext der Jugendhilfeplanung analysiert werden müssen. Das Ministerium für Generation, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein Westfalen (2006) erklärt, dass »Umsteuerung« die »Einflussnahme auf das Vernetzungsgerüst vor Ort« bedeutet. Seitens der Familienberatung sollte darauf hingewirkt werden, dass Einrichtungen und Dienste, die Migrantenfamilien beraten, die Bedürfnisse und Bedarfe von Kindern und Jugendlichen aus zugewanderten Familien kontinuierlich thematisieren. Interkulturelle Öffnung der Familienberatung sollte Bestandteil der örtlichen Jugendhilfeplanung sein. Hinz-Rommel (2000) argumentiert, dass seit Beginn der 1990er Jahre intensiv die interkulturelle Öffnung der sozialen und psycho-sozialen Dienste gefordert wird, um Leistungen und Angebote besser auf die Lebenssituation und die Bedarfslagen der Zielgruppen auszurichten. Schuch (2003) hingegen betont, dass eine Öffnung der sozialen Regeldienste auch deshalb als notwendig angesehen wird, weil die bestehenden, an einzelnen Nationalitäten ausgerichteten Sonderdienste der Heterogenität der heutigen Migrationsbevölkerung und der Vielschichtigkeit ihrer Problemlagen immer weniger gerecht werden.

Laut Pavcovic (2004) galt die Beschäftigung einzelner muttersprachlicher Fachkräfte in Beratungsstellen zwar als Fortschritt, der dazu geführt habe, dass sich der Zugang entsprechender Familien vervielfältigte. Dies führte jedoch kaum zu einer interkulturellen Öffnung für andere Migrantengruppen oder zu einer nachhaltigen Steigerung der interkulturellen Kompetenz bei allen Team-Mitgliedern (Nestmann, 1999).

Die Existenz von zusätzlichen Sprachkompetenzen ist eine *notwendige*, aber *keine hinreichende* Voraussetzung für die interkulturelle Öffnung und Qualifizierung der Beratungsdienste. »Ein professionelles Beratungsgespräch wie auch der sich über mehrere Kontakte hinziehende Beratungsprozess verlangen fachliche Kompetenzen bezogen auf die jeweilige Fragestellung, die Klientinnen und Klienten vorbringen. Professionelle Berater und Beraterinnen müssen also über Fachwissen verfügen« (Pavkovic, 2004, S. 34 ff.).

Rezapour und Zapp (2011, S. 70 ff.) weisen bei den Grundlagen interkultureller Kommunikation auf *Hotspots*, *Hottopics* und *Hotwords* hin, die es zu beachten bzw. zu vermeiden gilt.