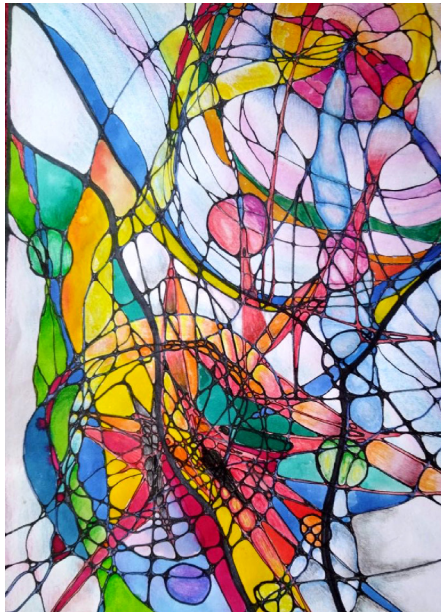


Heike Winzenried / Lilian Abike Ayoola (Hrsg.)

Migrationsgesellschaftliche Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung

Herausforderungen und Perspektiven

Tagungsband



H. Winzenried / L.A. Ayoola (Hrsg.)

**Migrationsgesellschaftliche Öffnung
im Kontext von Gesundheit und Behinderung**

universi
UNIVERSITÄTSVERLAG SIEGEN

Siegen 2024

Zentrum für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste
(Hrsg.)

ZPE-Schriftenreihe 59

Heike Winzenried
Lilian Abike Ayoola
[Hrsg.]

Migrationsgesellschaftliche Öffnung
im Kontext von Gesundheit und Behinderung
Herausforderungen und Perspektiven

Tagungsband

universi
UNIVERSITÄTSVERLAG SIEGEN
Siegen 2024

Impressum

Herausgeber der Reihe

Zentrum für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste / ZPE

www.zpe.uni-siegen.de

Redaktionsadresse:

ZPE – Universität Siegen

Hölderlinstr. 3

57076 Siegen

Telefon +49 271 740-2228

Telefax +49 271 740-12228

E-Mail: sekretariat@zpe.uni-siegen.de

Titelgrafik:

Elgin Aryeetey

Satz und Umschlag:

universi – Kordula Lindner-Jarchow M.A.

Druck und Bindung:

UniPrint, Universität Siegen

Siegen 2024: universi – Universitätsverlag Siegen

www.uni-siegen.de/universi

ISBN 978-3-96182-177-8

doi.org/10.25819/ubsj/10521

Die Publikation erscheint unter der
Creative Commons Lizenz CC-BY-SA



Inhalt

Vorwort	
<i>Martin F. Reichstein</i>	7
Einleitung	
<i>Heike Winzenried, Lilian Abike Ayoola</i>	9
 <i>Michael Krennerich</i>	
Das Menschenrecht auf Gesundheit	13
 <i>Tae Jun Kim</i>	
Rassismus in der Gesundheitsversorgung: Ergebnisse des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors	21
 <i>Helen Baykara-Krumme</i>	
Öffnung und Teilhabe an der Schnittstelle von Migration und Behinderung	31
 <i>Asita Shirali Dikloo</i>	
Öffnung des gesundheitlichen Regelsystems für traumatisierte Geflüchtete	41
 <i>Heike Winzenried</i>	
Rechtliche Zugangs- und Teilhabebarrrieren im Kontext von Fluchtmigration	47
 <i>Simone Heil, Sati Arikpınar</i>	
Sprach- und Integrationsmittlung in der psychosozialen Beratung	57
 <i>Lioba Heuel</i>	
Kultursensible Selbsthilfe: Chancen ermöglichen, Potentiale heben	61
 Zu den Autor*innen	67
 Programm der Tagung	69

Vorwort

Im Jahr 2023 lebten in Deutschland, nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2024), 24,9 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund im weiteren oder engeren Sinne. Migration ist also, wie Heike Winzenried und Lilian Abike Ayoola in der Einleitung zu diesem Band betonen, gesellschaftliche Normalität. An gleicher Stelle sowie in der Ankündigung der diesem Band zugrundeliegenden ZPE-Fachtagung heben die Kolleginnen hervor, dass damit eine Herausforderung – nicht nur, aber eben auch – für soziale Dienste einhergeht.

In den Gender Studies wird zu Recht darauf hingewiesen, dass „soziale Kategorien [...] nicht isoliert voneinander analysiert werden können, um die Hintergründe sozialer Ungleichheit zu verstehen“ (Bronner & Paulus, 2021, S. 11). Unter dem Stichwort Intersektionalität werden hier die „Verwobenheiten und das Zusammenwirken verschiedener Kategorien sozialer Ungleichheit“ (ebd.) rekonstruiert und analysiert. Übertragen auf das Thema des vorliegenden Bandes kann sich das auf das Zusammenfallen einer eigenen oder familiären Migrations-erfahrung mit dem Vorhandensein gesundheitlicher Probleme sowie Erfahrungen von Beeinträchtigung und Behinderung beziehen.

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei Heike Winzenried, die die Themen Migration und Behinderung in (fach-)öffentlichen Veranstaltungen sowie in der Lehre der Siegener Studiengänge der Sozialen Arbeit intensiv thematisiert. In diesem Zusammenhang hat die Kollegin den Arbeitsbereich „Migration und Behinderung“ im Zentrum für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste (ZPE) aufgebaut und mit dem Schwerpunkt verbundene wichtige Anliegen in verschiedene Zusammenhänge eingebracht.

Die ZPE-Fachtagung „Migrationsgesellschaftliche Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung“ fand am 26. Oktober 2023 statt. Sie war die bislang vierte Veranstaltung zu Themen des Arbeitsbereichs. Abermals deutlich geworden ist das große (fach-)öffentliche Interesse an den hier behandelten Themen. Zugleich wurden fachliche und inhaltliche Suchbewegungen sowie Diskussionsbedarfe in Theoriebildung und Praxis sozialer Arbeit sichtbar.

Im Namen des ZPE bedanke ich mich herzlich bei allen Referent*innen der Fachtagung sowie bei den Autor*innen dieses Bandes. Mein Dank gilt weiterhin Heike Winzenried und Lilian Abike Ayoola für die Durchführung sowie die Vor- und Nachbereitung der Veranstaltung, den beteiligten Studierenden und Kolleg*innen für ihre Unterstützung sowie Heike Krütt für das Lektorat des vorliegenden Bandes.

Dieser Sammelband erscheint als Nummer 59 der ZPE-Schriftenreihe. Er kann auch als Beitrag zu den oben beschriebenen Suchbewegungen und Diskussionen gelesen werden. Ich wünsche allen Leser*innen eine interessante und erkenntnisreiche Lektüre.

Siegen, im April 2024,

Martin F. Reichstein, Geschäftsführer des ZPE

Literatur

Bronner, K. & Paulus, S. (2021). *Intersektionalität. Geschichte, Theorie und Praxis* (2., durchgesehene Auflage). Opladen und Toronto: Barbara Budrich.

Statistisches Bundesamt (2024). Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-geschlecht-insgesamt.html> (Letzter Zugriff: 05.04.2024).

Einleitung

Migration ist gesellschaftliche Normalität und eine Herausforderung für Soziale Dienste in einer sich wandelnden Gesellschaft. Insbesondere im Gesundheits- und Bildungswesen bestehen Benachteiligungen und Exklusionsrisiken entlang unterschiedlicher Differenzlinien wie Nationalität, „Ethnizität“, sozialer Herkunft und Beeinträchtigung. In einer vielfältigen Gesellschaft, die von unterschiedlichen Migrationsformen und -phänomenen geprägt ist (Mecheril, 2016), sind Organisationen und Soziale Dienste gefordert, ihre Angebote diversitätswissensbewusst auszurichten sowie sie auf bestehende Zugangs- und Teilhabebarrrieren für Menschen mit internationaler Familiengeschichte zu prüfen und weiterzuentwickeln (Winzenried, 2024). Eine migrationssensible, diskriminierungskritische und menschenrechtsbasierte Haltung gehört zu den Kompetenzen von Fachkräften in Sozialen Diensten einer Migrationsgesellschaft, deren Vermittlung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung noch stärker berücksichtigt werden sollte.

Fachtagung

Vor diesem Hintergrund beschäftigte sich eine Fachtagung des Zentrums für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste der Universität Siegen mit migrationsgesellschaftlicher Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung. Im Rahmen der Veranstaltung, die am 26. Oktober 2023 an der Universität Siegen stattfand, wurde aus theoretischer und praxisorientierter Perspektive analysiert und diskutiert, wie Öffnungsprozesse in Gesundheits- und Beratungseinrichtungen initiiert und verstetigt werden können, um gleichberechtigte Teilhabe in der Migrationsgesellschaft zu ermöglichen.

Die hybride Fachveranstaltung, an der über 70 Praktiker*innen und Studierende der Sozialen Arbeit sowie Wissenschaftler*innen teilnahmen, wurde in Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) Köln und Mittleres Rheinland durchgeführt. Die Kompetenzzentren koordinieren Maßnahmen zur Weiterentwicklung migrationspezifischer und differenzsensibler Hilfsansätze im System der gemeindepsychiatrischen Versorgung und erleichtern dadurch Menschen mit psychischen Erkrankungen und Migrationsgeschichte den Zugang zu gemeindepsychiatrischen Hilfen (LVR, 2023).

An der Vorbereitung und Durchführung der Fachtagung waren auch Studierende aus dem Begleitseminar „Internationale Migration im Kontext von Gesundheit und Behinderung“ des Bachelorstudiengangs der Sozialen Arbeit an

der Universität Siegen beteiligt. Von den Seminarteilnehmer*innen wurde insbesondere der durch den Austausch mit Praktiker*innen vermittelte Einblick in die Praxis positiv hervorgehoben und als hilfreich für das weitere Studium sowie die spätere berufliche Tätigkeit bewertet.

Die Tagung bestand aus mehreren Fachvorträgen von Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen der Sozialen Arbeit, die sich aus unterschiedlichen Perspektiven (menschenrechtlich, organisational, diskriminierungskritisch, praxisorientiert) mit dem Tagungsthema auseinandersetzten. Der Schwerpunkt der Veranstaltung lag auf einem fachübergreifenden Austausch von Wissenschaft und Praxis. In vier Workshops hatten die Teilnehmer*innen im Anschluss an die Vorträge die Möglichkeit, Praxisprojekte zu migrationsbezogener Öffnung und eine Selbsthilfeorganisation kennenzulernen und sich untereinander auszutauschen und zu diskutieren. Zudem konnten die Teilnehmenden in einem Workshop praktische Erfahrungen zur Sprachmittlung in der psychosozialen Beratung sammeln, wie das folgende positive Feedback eines studentischen Teilnehmers dieser Arbeitsgruppe verdeutlicht:

Ich habe dadurch gesehen, welche Wichtigkeit Sprachmittler*innen haben und welche Herausforderungen damit verbunden sind. Mir hat besonders gefallen, dass ich in der Übung selbst involviert war und so ein Gefühl für solche Beratungsgespräche bekommen konnte. (Teilnehmer der AG 2)

Beiträge im Tagungsband

Der Tagungsband beinhaltet eine Ausarbeitung der Vorträge, die während der Veranstaltung gehalten wurden, sowie zwei Berichte zu den durchgeführten Workshops. In einigen Beiträgen werden ausgewählte Aspekte der Vorträge vertieft. Ergänzt wird der Tagungsband durch einen Beitrag zu rechtlichen Zugangs- und Teilhabebarrrieren im Kontext von Fluchtmigration. Die versammelten Aufsätze verdeutlichen die thematische Breite der Fachtagung, die sich mit Menschenrechten, Teilhabe(barrieren), Rassismus, Fluchtmigration und migrationsgesellschaftlichen Öffnungsprozessen in Verbindung mit Gesundheit und Behinderung beschäftigte.

Michael Krennerich thematisiert in seinem Aufsatz das Menschenrecht auf Gesundheit bezogen auf Menschen mit Behinderung und Menschen mit Fluchterfahrung. Dabei informiert er sowohl über die Grundzüge dieses Rechts und die Überprüfung seiner Umsetzung durch den UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte als auch über Handlungsoptionen auf juristischer und politischer Ebene im Falle seiner Verletzung.

Tae Jun Kim diskutiert die aktuellen Ergebnisse zu Rassismus in der Gesundheitsversorgung aus dem Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor und weist auf Folgen der festgestellten Diskriminierungserfahrungen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung sowie auf weitere Forschungsbedarfe hin.

Der Beitrag von *Helen Baykara-Krumme* setzt sich mit der migrantischen Repräsentation und Teilhabe in zivilgesellschaftlichen Organisationen auseinander. Die Autorin stellt Forschungsergebnisse zur Perspektive von Organisationen der Mehrheitsgesellschaft an der Schnittstelle von Migration und Behinderung vor, die Wandlungsprozesse hinsichtlich Forschungsperspektiven, -fragen und -konzeptionen erkennen lassen.

In ihrem Aufsatz sensibilisiert *Asita Shirali Dikloo* für die Folgen von Flucht- und Kriegserfahrungen bei geflüchteten Menschen. Sie schildert die Zugangsbarrieren zum öffentlichen Gesundheitssystem und plädiert für eine Öffnung der Regelversorgung für traumatisierte Geflüchtete.

Heike Winzenried beschäftigt sich mit rechtlichen Zugangs- und Teilhabebarrrieren im Kontext von Fluchtmigration und der Frage, wie eine bedarfsgerechte und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für Adressat*innen der Sozialen Arbeit mit Fluchterfahrung eingefordert und umgesetzt werden kann.

Simone Heil und *Sati Arikpinar* beschäftigen sich mit den Zielen und Aufgaben der Sprach- und Integrationsmittlung in der psychosozialen Beratungsarbeit der Sozialpsychiatrischen Zentren und schildern die Erfahrungen in der Fortbildung zum Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM) für Sozialarbeitende.

Lioba Heuel stellt in ihrem Beitrag das Projekt „Kulturelle Selbsthilfe. Chancen ermöglichen, Potentiale heben“ des Paritätischen NRW vor, durch das Barrieren abgebaut und der Zugang zur Selbsthilfe für Menschen unterschiedlicher Herkunft erleichtert werden soll.

Wir danken allen Mitwirkenden, die an der Vorbereitung und Durchführung der Fachtagung beteiligt waren. Ein ganz besonderer Dank gilt den Autor*innen dieses Tagungsbands, die mit ihren Aufsätzen dazu beitragen, dass die Inhalte der Veranstaltung einem breiteren Publikum zugänglich gemacht werden können.

April 2024,

Heike Winzenried und *Lilian Abike Ayoola*

Literatur

- Landschaftsverband Rheinland (LVR) (2024). Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM). https://www.lvr.de/de/nav_main/kliniken/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/frderprogramme/sozialpsychiatrischekompetenzzentrenmigrationspkm/sozialpsychiatrischekompetenzzentrenmigrationspkm_2.jsp (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Mecheril, P. (2016). Migrationspädagogik: Ein Projekt. In P. Mecheril (Hrsg.), *Handbuch Migrationspädagogik* (S. 8–31). Weinheim und Basel: Beltz-Juventa.
- Winzenried, H. (2024). Inklusionorientierte Dienste in der Migrationsgesellschaft. In M. Düber, A. Rohrman & J. Schädler (Hrsg.), *Inklusionsorientierte Dienste zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (S. 183–201). Marburg: Lebenshilfe-Verlag. doi.org/10.25656/01:27968

Das Menschenrecht auf Gesundheit

Viele mögen es nicht wissen, aber bereits die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948 enthält ein Menschenrecht auf Gesundheit, und zwar dort als Teil des Rechts auf einen angemessenen Lebensstandard. Eigenständig wurde das Menschenrecht auf Gesundheit später im „Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte“ (kurz: UN-Sozialpakt) verankert (Saul, 2016). Der 1966 verabschiedete und 1976 in Kraft getretene UN-Sozialpakt ist für seine weltweit 171 Vertragsstaaten, darunter auch Deutschland, völkerrechtlich bindend. Auch weitere UN-Menschenrechtsabkommen verpflichten die Staaten dazu, eine angemessene, diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung sicherzustellen, und benennen Maßnahmen zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit. Dazu zählen die UN-Antirassismus-, die Frauenrechts-, die Kinderrechts-, die Behindertenrechtskonvention sowie die von Deutschland nicht ratifizierte Wanderarbeiter*innenkonvention. Hinzu kommen noch einige regionale Menschenrechtsabkommen.

Grundzüge des Menschenrechts auf Gesundheit

Geeignete Ausgangspunkte, um die Grundzüge des Rechts auf Gesundheit zu erfassen, sind der UN-Sozialpakt und die Interpretationsvorgaben des UN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte, der den UN-Sozialpakt überwacht (Saul et al., 2014; Krennerich, 2015).

Zunächst: Beim Menschenrecht auf Gesundheit handelt es sich nicht um eine rechtliche Garantie, gesund zu sein. Eine solche Garantie kann kein Staat abgeben, schon allein deswegen, weil Gesundheit von vielen Bestimmungsgründen abhängt, die der Staat nicht zu kontrollieren vermag oder aus guten menschenrechtlichen Gründen nicht zu kontrollieren hat. Das Menschenrecht auf Gesundheit, so, wie es im UN-Sozialpakt verankert ist, verleiht aber jedem Menschen das Recht, ein individuell „erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ zu erreichen, um ein Leben in Würde zu führen.

Das Menschenrecht auf Gesundheit umfasst zum einen die Freiheit, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper selbst zu bestimmen, sowie das Recht frei von Eingriffen in die Gesundheit zu bleiben. Zum anderen sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Menschen gesunde Arbeits- und

Lebensbedingungen vorfinden und vor allem, dass sie Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung haben.

Die Hauptverantwortung für die Umsetzung der Menschenrechte tragen dabei, völkerrechtlich gesehen, die Staaten. Mit der Ratifizierung von Menschenrechtsabkommen verpflichten sich diese *völkerrechtlich* dazu, die jeweiligen Menschenrechte aller Personen in ihrem Staatsgebiet (oder unter ihrer Staatsgewalt) zu achten, zu schützen und zu gewährleisten.

Achtungspflichten besagen hierbei, dass die Staaten das Recht auf Gesundheit nicht selbst verletzen dürfen, und Schutzpflichten fordern, dass die Staaten Maßnahmen ergreifen, um die Menschen vor Eingriffen durch „Dritte“, also private Akteure, zu schützen. Ein krasses Beispiel für unzulässige Eingriffe stellen etwa Zwangssterilisationen von indigenen Personen oder von Personen mit Beeinträchtigungen dar, ohne Einwilligung der Betroffenen. Oder ein weniger dramatisches Beispiel aus dem Migrationsbereich: Die UN-Working Group of Experts on People of African Descent kritisierte in ihrem Bericht zu Deutschland von 2017 u. a. die zwangsweise medizinische Altersfeststellung von Asylsuchenden.¹

Weiterhin darf Menschen beispielsweise nicht die medizinische Versorgung verweigert werden, schon gar nicht in Notfällen. Auch sind die Staaten verpflichtet, mittels der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen ein funktionierendes Gesundheitssystem aufzubauen, das eine präventive, kurative und palliative Gesundheitsversorgung sicherstellt, damit die Menschen ihr Recht auf Gesundheit auch wirklich nutzen können. Im Falle von Menschen mit Behinderungen sind hier gerade auch Habilitations- und Rehabilitationsleistungen wichtig.

Gesundheitsversorgung im Fokus

Im Mittelpunkt der Diskussion über das Menschenrecht auf Gesundheit steht die Gesundheitsversorgung, an welche der UN-Ausschuss – ähnlich wie bei anderen sozialen Menschenrechten – die Kategorien der Verfügbarkeit (*availability*), des offenen Zugangs (*accessibility*), der Annehmbarkeit (*acceptability*) sowie der Qualität (*quality*) anlegt, um das Recht zu konkretisieren.

Im Sinne der *Verfügbarkeit* haben die Staaten demnach dafür Sorge zu tragen, dass funktionierende Gesundheitsinfrastrukturen vorhanden sind. Obwohl die konkrete Beschaffenheit des Gesundheitssystems von vielen Faktoren – insbesondere vom Entwicklungsstand und den Ressourcen eines Landes – abhängt, sind ausreichend Gesundheitseinrichtungen, geschultes Personal sowie eine Grundausstattung an unentbehrlichen Arzneimitteln menschenrechtlich gefordert.

Zugleich soll allen Menschen der *Zugang* zu medizinischen Einrichtungen und Behandlungen offenstehen – und zwar in mehrfacher Hinsicht: a) diskriminierungsfrei, auch und gerade im Falle besonders schutzbedürftiger und marginali-

1 UN Doc. A/HRC/36/60/Add.2, Abs. 31.

sierter Gruppen der Bevölkerung; b) physisch, d. h. in sicherer Reichweite und zugänglich auch für Frauen, Kinder, ältere Menschen sowie für Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen; c) wirtschaftlich – dergestalt, dass medizinische Einrichtungen und Behandlungen für alle Menschen bezahlbar und erschwinglich sind; d) informiert – in dem Sinne, dass die Menschen das Recht haben, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu erhalten und weiterzugeben (sofern dabei nicht der persönliche Vertrauensschutz beeinträchtigt wird).

Im Sinne der *Annehmbarkeit* wiederum müssen die medizinischen Einrichtungen und die ärztliche Behandlung nach Grundsätzen medizinischer Ethik erfolgen sowie gender-, alters- und kulturell bedingte Besonderheiten der einzelnen Menschen oder auch von Minderheiten berücksichtigen. Gefordert ist weiterhin, dass medizinische Einrichtungen und ärztliche Behandlungen unter wissenschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten geeignet und von angemessener *Qualität* sind. Auch Hygiene spielt dabei eine große Rolle.

Man sieht: Das Menschenrecht auf Gesundheit im UN-Sozialpakt wird anspruchsvoll ausgelegt. Dies gilt letztlich auch für die Kinderrechts- und die Behindertenrechtskonvention, die umfassende Artikel zur Gesundheitsversorgung beinhalten.

Herausforderungen in Deutschland

Schaut man mit der menschenrechtlichen Brille auf das Gesundheitssystem in Deutschland, erkennt man zunächst, dass es – zumal im internationalen Vergleich – bei allen Problemen eigentlich ganz gut aufgestellt ist. Wichtige Anforderungen an das Menschenrecht auf Gesundheit werden hierzulande umgesetzt. Allerdings lassen sich aus menschenrechtlicher Sicht auch Probleme benennen. Diese betreffen nicht zuletzt die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen und von geflüchteten Menschen, um die es in dem vorliegenden Band geht.

Im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen beziehen sich Kritikpunkte gerade auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Deutschland ist, so kritisiert das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR, 2023), noch weit von einem flächendeckenden inklusiven Gesundheitssystem entfernt, wie es die UN-Behindertenrechtskonvention einfordert. Die überwiegende Mehrheit der ärztlichen Praxen sei, schon gar auf dem Land, nicht barrierefrei zugänglich und eine entsprechende Verpflichtung zur Barrierefreiheit bestehe auch nicht für private Praxen. Zudem gebe es erhebliche Diskriminierungsrisiken gerade für Menschen mit intellektuellen und psychosozialen Beeinträchtigungen sowie von gehörlosen Menschen bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Beeinträchtigungen ergäben sich u. a. durch Kommunikationsbarrieren, mangelndes Fachwissen und eine unzureichende Sensibilisierung des medizinischen Personals für behinderungsspezifische Besonderheiten. Auf eine entsprechende Studie

der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Bartig et al., 2021) weist selbst das Bundesverfassungsgericht hin.² Das DIMR kritisiert zudem die unzureichenden ambulanten Versorgungsstrukturen für die außerklinische Intensivpflege im häuslichen Umfeld.

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen wiederum steht schon lange das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in der Kritik. Es sieht inzwischen während der ersten 36 Monate des Aufenthalts von Asylsuchenden und Geduldeten in Deutschland nur einen Rechtsanspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, auf Schutzimpfungen sowie auf ärztliche und pflegerische Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen vor. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt laut Gesetz nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist (§ 4 AsylbLG). Darüber hinausgehende Leistungen, die für die Gesundheit unerlässlich sind, können im Einzelfall gewährt werden (§ 6 AsylbLG). Selbst bei großzügiger Auslegung, die möglicherweise Behörden und Gerichte vornehmen, bleibt der Versorgungsstand jedoch hinter jenem von gesetzlich Krankenversicherten zurück. Daran ändert übrigens auch die Gesundheitskarte nichts, die in manchen Bundesländern eingeführt wurde (Günther et al., 2019).

Dementsprechend haben im Rahmen der Staatenberichtsverfahren sowohl der UN-Sozialrechtsausschuss 2018³ als auch der UN-Kinderrechtsausschuss 2022⁴ Deutschland dafür kritisiert, dass Asylsuchende sowie Kinder ohne regulären Aufenthaltsstatus nur Zugang zu eingeschränkten Gesundheitsleistungen haben. Auch der UN-Behindertenrechtsausschuss forderte von Deutschland – gewissermaßen intersektional – sicherzustellen, dass Asylsuchende mit Behinderung Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung erhalten, und zwar direkt nach Ankunft und gleichgestellt wie andere auch.⁵ Die Bundesregierung vertritt hingegen – so ist es zumindest dem letzten Menschenrechtsbericht der Bundesregierung zu entnehmen – die Ansicht, dass der Zugang von Schutzsuchenden zu Gesundheitsleistungen nach gegenwärtiger Rechtslage bereits gewährleistet ist (BT-Drs. 20/4865, S. 109).

Neben den gesetzlichen Einschränkungen des Leistungsumfangs im AsylbLG ist aus menschenrechtlicher Sicht darüber hinaus zu prüfen, wo in der *Praxis* weitere Zugangsbarrieren und Versorgungslücken bei der Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen bestehen; seien dies rechtliche, bürokratische, sprachliche oder anderweitige Hindernisse. Auch wirft das Menschenrecht auf Gesundheit nicht nur die Frage auf, ob Migrant*innen beim *Zugang* zur Gesundheitsversorgung diskriminiert werden, sondern auch, ob sie *bei* der Behandlung

2 Bundesverfassungsgericht, Beschluss des Ersten Senats vom 16. Dezember 2021. 1 BvR 1541/20, Rn. 113.

3 UN Doc. E/C.12/DEU/CO/6 vom 12. Oktober 2018.

4 UN Doc. CRC/C/DEU/CO/5-6 vom 23. September 2022.

5 UN Doc. CRPD/C/DEU/CO/2-3 vom 3. Oktober 2023.

diskriminiert werden. Die Frage, inwieweit direkte, indirekte oder strukturelle Diskriminierungen im Gesundheitsbereich vorkommen, gilt es daher aus Sicht der Menschenrechte gezielt in den Blick zu nehmen, und zwar intersektional, denn solche Diskriminierungsrisiken können sich überlappen, wie dies gerade im Falle von Migrant*innen mit Behinderungen vorkommt.

Und wenn man den Bogen weiter spannt – vom Menschenrecht auf Gesundheit zu anderen Menschenrechten im Gesundheitswesen – kommen noch weitere Aspekte hinzu. Dann geht es auch um gleichberechtigte Berufs- und Aufstiegschancen und ein diskriminierungsfreies Arbeitsumfeld von Migrant*innen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Außerhalb des Gesundheitsbereichs wiederum gilt es zu prüfen, ob bestimmte Lebensbedingungen, etwa die Unterbringung von Geflüchteten in Sammelunterkünften, der Gesundheit von Menschen abträglich sind.

Handlungsoptionen

Im Idealfall kann man sich juristisch gegen Verletzungen des Menschenrechts auf Gesundheit wehren. Allerdings nehmen Anwält*innen und Gerichte bislang kaum auf UN-Menschenrechtsabkommen zu sozialen Menschenrechten Bezug – teils aus Unkenntnis, teils, weil die unmittelbare Anwendung der Abkommen bestritten wird, vor allem aber, weil das nationale Recht bereits Klagemöglichkeiten bietet. Dementsprechend gilt es stets zu prüfen, inwieweit das nationale Recht den Schutzbereich des Menschenrechts auf Gesundheit angemessen abdeckt und sich daraus subjektive Rechtsansprüche ergeben, die sich dann hierzulande einklagen lassen.

Wenn der nationale Rechtsschutz ausgeschöpft ist, ist zudem prinzipiell auch eine Beschwerde vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) möglich. Jedoch beinhaltet die Europäische Menschenrechtskonvention kein Recht auf Gesundheit. So kann der EGMR nur indirekt, über Bezugnahme etwa auf das Recht auf Leben oder das Verbot unmenschlicher oder erniedrigender Strafe und Behandlung, Gesundheitsfragen behandeln. Dies kann auch für die in dem vorliegenden Band in den Blick genommenen Gruppen relevant sein. So betrafen einige Urteile des EGMR die unangemessene Unterbringung und Behandlung von Menschen mit Behinderungen, sei es in Haft oder Pflegeeinrichtungen, in verschiedenen europäischen Staaten. Auch behandelten einige Urteile die Frage der Zulässigkeit von Abschiebungen bei Menschen, die krank sind und deren medizinische Versorgung nach der Abschiebung nicht gewährleistet werden kann. Nicht alle fielen aber zugunsten der Beschwerdeführer*innen aus.

Auf UN-Ebene stehen zwar *Beschwerdeverfahren* zur Verfügung, doch handelt es sich dabei nur um eine quasi-gerichtliche Prüfung durch Sachverständigenausschüsse (und nicht durch Gerichte). Die entsprechenden Menschenrechtsvertragsausschüsse können zwar ggf. eine Verletzung des Menschenrechts feststellen,

doch können sie gegenüber dem betroffenen Staat lediglich Empfehlungen und keine bindenden Urteile aussprechen. Aber immerhin: Keine Regierung lässt sich seitens der Vereinten Nationen gerne kritisieren.

Dies gilt auch für Empfehlungen aus den *Staatenberichtsverfahren*, in denen geprüft wird, inwieweit die Staaten die Menschenrechtsabkommen umsetzen. Hier lohnt es sich für zivilgesellschaftliche Organisationen, in Form sogenannter Parallelberichte auf etwaige Defizite hinzuweisen. Nicht selten werden diese von den Menschenrechtsausschüssen aufgegriffen. Auf nationaler Ebene können die Empfehlungen der Ausschüsse dann wiederum dafür genutzt werden, um *politischen* Druck auf die Regierung auszuüben, etwa um nationale Gesetze zu ändern.

Weiterführend lässt sich auch das europäische Recht in den Blick nehmen. Die EU-Aufnahmerichtlinie schreibt den Staaten vor, dafür Sorge zu tragen, dass Antragsteller*innen die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst (Art. 19 Abs. 1). Darüber hinaus müssen sie schutzbedürftigen Personen (Art. 21), d. h. Antragsteller*innen mit besonderen Bedürfnissen, die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich einer geeigneten psychologischen Betreuung gewähren, so weit erforderlich (Art. 19 Abs. 2, Art. 21).

So gilt es letztlich, die umfassende Gewährung des Menschenrechts auf Gesundheit auch politisch zu erstreiten, indem beispielsweise darauf hingewirkt wird, dass das nationale und das europäische Recht so ausgestaltet werden, dass das Menschenrecht auf Gesundheit besser umgesetzt wird. Auch lässt sich gesellschaftspolitisch darauf hinwirken, dass nicht nur die gesetzlichen, sondern auch die praktischen Barrieren überwunden werden. Und schließlich geht es auch um eine Stärkung des Menschenrechtsbewusstseins in Behörden und Gesundheitseinrichtungen – etwa mittels Bildungsmaßnahmen – um beispielsweise Diskriminierungen vorzubeugen oder zu überwinden.

Literatur

- Bartig, S. et al. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention (2023). *Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfverfahren Deutschlands*. Berlin: DIMR.
- Günther, W. et al. (2019). Ein starker Fall für die Parteiendifferenztheorie: Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern. In *Zeitschrift für Politikwissenschaft* 29 (3), S. 361–392.
- Krennerich, M. (2015). Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts. In A. Frewer & H. Bielefeldt (Hrsg.), *Das Menschenrecht auf Gesundheit* (S. 57–92). Bielefeld: transcript.

- Saul, B. (ed.) (2016). *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Travaux Préparatoires 1948-1966*, Vol. I und II. Oxford: Oxford University Press.
- Saul, B. et al. (2014). *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Commentary, Cases and Materials*. Oxford: Oxford University Press.

Tae Jun Kim

Rassismus in der Gesundheitsversorgung: Ergebnisse des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors

Gemessen an dem Schweigen, das die deutsche Diskussion um Rassismus lange Zeit prägte (Messerschmidt, 2011), hat das Thema mittlerweile auch in Deutschland Konjunktur. Ausgehend von Kämpfen und widerständigen Initiativen ‚von Unten‘ (Bojadzije, 2008), zu nennen sind hier etwa die Black Lives Matter Bewegung (Zajak et al., 2021) oder die Proteste, die auf die rassistischen Anschläge in Hanau folgten (Stepandić, 2022), scheint heutzutage außer Frage zu stehen, dass es Rassismus in Deutschland gibt (vgl. DeZIM, 2022). Mit der zunehmenden Enttabuisierung des Begriffs lässt sich aktuell auch ein gestiegenes Interesse für die verschiedenen Bereiche beobachten, in denen sich die Problemdiagnose Rassismus stellen lässt – etwa im Gesundheitsbereich.

Dass Gesundheitschancen innerhalb der Bevölkerung – und damit auch für marginalisierte Gruppen – grundsätzlich ungleich verteilt sind, stellt gewiss keine neue Information dar. Mittlerweile liegen auch für Deutschland mehrere Studien vor, die darauf hinweisen, dass ethnische Minderheiten in besonderem Maße von psychischen Belastungen und Erkrankungen heimgesucht werden (Kluge et al., 2020, S. 1019). Im Vergleich zu Forschungen aus dem englischsprachigen Ausland stellen sich in Deutschland jedoch zwei grundlegende Probleme bei der Erforschung des Zusammenhangs zwischen Rassismus und Gesundheit.

Zunächst zur methodischen Kritik: Die wenigen Studien, die sich für das Ausmaß von Diskriminierung im Bereich der Gesundheit und Pflege (Beigang et al., 2017, S. 227ff.) oder den Beitrag von rassistischer Diskriminierung für gesundheitliche Ungleichheiten interessieren (Igel et al., 2010), bleiben zu sehr dem Migrationshintergrund als Analysevariable verhaftet, der zurecht in der Kritik steht (Bartig et al., 2021, S. 18). Der Migrationshintergrund, so der Vorwurf, erlaubt es nur stellenweise, zwischen rassistisch-diskriminierten und nicht-diskriminierten Personen zu unterscheiden (vgl. Aikins & Supik, 2018). Denn: Menschen, die eine familiäre Einwanderungsgeschichte haben, müssen nicht zwangsläufig von Rassismus betroffen sein, während Personen, die per amtlicher Definition keinen Migrationshintergrund aufweisen, durchaus Zielscheibe rassistischer Diskurse sein können.

Das theoretische Problem besteht darüber hinaus darin, dass Forschungsarbeiten, die sich im Bereich Migration und Gesundheit verorten, zwar dazu beitragen, die Gesundheits- und Versorgungssituation von Migrant*innen und ihren Nachkommen sichtbar zu machen (vgl. Spallek & Razum, 2016), Fragen nach der Bedeutung von Rassismus und Diskriminierung für gesundheitliche Ungleichheiten jedoch weitgehend unbeantwortet bleiben (Yeboah, 2017, S. 144). Diese analytische Zuspitzung ist an sich nicht verkehrt. Sie kann jedoch bei der vorliegenden Interpretation gesundheitlicher Unterschiede zwischen Migrant*innen und Nicht-Migrant*innen dazu verleiten, (vermeintlich) verschiedene kulturelle Mentalitäten und Lebensstile als Erklärungen heranzuziehen (Brodén & Mecheril, 2010, S. 15). Um nicht in diese interpretative Falle zu tappen, die gerade rassistische Diskurse als Schablonen nahelegen, ist es daher unabdingbar, Rassismus als eine Analyseperspektive auf gesellschaftliche Verhältnisse anzuwenden (vgl. Mecheril, 2021). Ungleichheiten innerhalb der Gesundheit und der Versorgung, so könnte der Appell einer kritischen Rassismustheorie lauten, müssen somit immer auch als Produkt von rassistischen Verhältnissen gerahmt und untersucht werden (Brunett, 2020, S. 8).

Diese kritische Feststellung führt allerdings unweigerlich zu der Frage, was eigentlich unter Rassismus zu verstehen ist. Blickt man in die aktuelle Forschungsliteratur, so wird recht schnell deutlich, dass es nicht die eine und umfängliche Definition von Rassismus geben kann, da der Rassismus selbst ein äußerst komplexes und diffuses Phänomen darstellt, das auf verschiedene Weisen zum Ausdruck gebracht wird (Kourabas, 2021, S. 74). Einig sind sich die meisten Positionen innerhalb der kritischen Rassismusforschung jedoch darin, dass der Rassismus – in seiner grundlegenden, notwendigerweise bedeutungs offenen Definition – eine Deutungs- und Handlungspraxis beschreibt, die Menschen auf Basis von (körperlichen) Merkmalen in voneinander unterscheidbare „Rassen“ einteilt und in hierarchische Beziehungen zueinander setzt (Hall, 2000, S. 7; Mecheril, 2021, S. 2). Diese durch den Rassismus zunächst erzeugte biologische oder kulturelle Unterlegenheit der ‚rassifizierten Anderen‘ wird schließlich dafür verwendet, um den sozialen Abstieg rassistisch-diskriminierter Gruppen zu veranlassen und zu rechtfertigen (Foroutan, 2020, S. 13). Der entscheidende Vorteil einer solchen Basisdefinition des Rassismus besteht darin, dass die rassistischen Verhältnisse, die sich beispielsweise in der ungleichen Gesundheitsversorgung beobachten lassen, nicht bloß Teil der Gesellschaft sind, sondern aus ihr hervorgehen (Feagin, 2000, S. 17). Insofern ist auch der Rassismus nie etwas, das wirksam wird, weil verschiedene „Rassen“ existieren, sondern es verhält sich geradewegs umgekehrt: Rassevorstellungen sind bereits das Ergebnis wirkmächtiger rassistischer Diskurse. Hierdurch wird nachvollziehbar, warum auch andere, meist in deutschsprachigen Studien verwendete Proxys, wie etwa Kultur oder Ethnie, kaum eine Abkehr von rassistischen Kategorien darstellen. Vielmehr handelt es sich hier um zusätzliche Platzhalter für ein fortwährendes Rasseverständnis.

nis, die sich im Zuge antirassistischer Kritik weiterentwickelt haben (Bojadzije, 2015, S. 277) und als sich überlagernde natio-ethno-kulturelle Zugehörigkeiten zum Ausdruck kommen (Mecheril, 2014, S. 14).

Der vorliegende Beitrag, der die Verschriftlichung des gleichnamigen Vortrags bei der Fachtagung *Migrationsgesellschaftliche Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung* ist, gibt, neben einer kurzen Einführung in die Begrifflichkeit des Rassismus, einen Überblick über das Thema Rassismus in der Gesundheitsversorgung.

Rassismus in der Gesundheitsversorgung: Zentrale Befunde aus dem Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa)

Die im Folgenden diskutierten Ergebnisse zum Rassismus in der Gesundheitsversorgung beruhen auf Befragungsdaten, die das Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung für den kürzlich erschienenen Monitoringbericht erhoben hat (DeZIM, 2023). Hierzu wurden insgesamt 21.418 in Deutschland lebende Personen zwischen Mai und November 2022 befragt, wobei potenziell von Rassismus betroffene Gruppen überproportional in die Stichprobe gezogen wurden (DeZIM, 2023, S. 51).

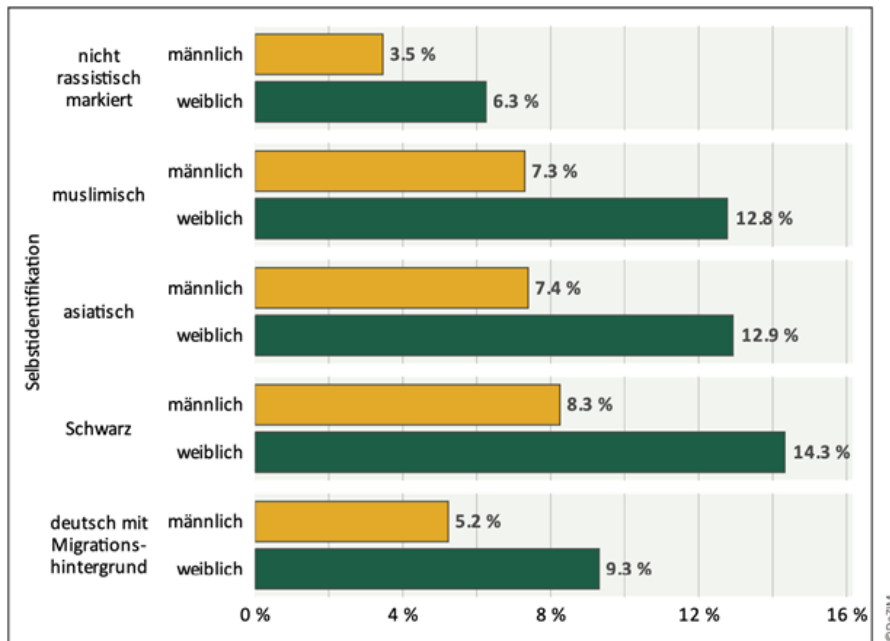
Für den Kontext: Der erste Teil des Berichts, der sich mit den allgemeinen Diskriminierungserfahrungen von Menschen in unterschiedlichen Lebensbereichen befasst, weist darauf hin, dass es insbesondere rassistisch markierte Gruppen sind, die häufiger von diesen Erfahrungen berichten als nicht rassistisch markierte Menschen (DeZIM, 2023, S. 18). Dieser Verweis ist für die spätere Einordnung der folgenden Ergebnisse deshalb von Bedeutung, da Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen nicht nur die psychische Gesundheit von Betroffenen beeinträchtigen können (DeZIM, 2023, S. 129), sondern auch Einfluss darauf haben, wie Betroffene mit dem Gesundheitssystem interagieren (van Houtven et al., 2005; van Ryn et al., 2011; Ben et al., 2017). Um diese verschiedenen Zusammenhänge innerhalb der medizinischen Versorgung exemplarisch aufzuzeigen, greift der vorliegende Beitrag zwei ausgewählte Beispiele aus dem Monitoringbericht auf, um darzulegen, auf welche Weise sich rassistische Diskriminierung im Versorgungsbereich äußern kann (DeZIM, 2023, S. 141ff.).

Im Rahmen der NaDiRa-Befragung wurden Personen gefragt, ob sie jemals eine benötigte medizinische Behandlung vermieden oder verzögert haben, da sie befürchteten, schlechter oder ungerechter behandelt zu werden als andere. Die Befunde aus Abbildung 1 zeigen, dass von Rassismus betroffene Personen deutlich häufiger angeben, dass sie Ärzt*innen gar nicht oder später aufgesucht haben. Dies gilt besonders für Schwarze, muslimische und asiatische Frauen.

Diese Diskriminierungserfahrungen von rassistisch markierten Gruppen spielen auch eine zentrale Rolle, wenn es um die Inanspruchnahme psychothera-

peutischer Versorgungsangebote geht: rassismuskvulnerable Menschen – und dies trifft für Frauen und Männer gleichermaßen zu – geben häufiger an, dass sie die Suche nach einem psychotherapeutischen Termin aufgegeben haben, da sie womöglich weitere diskriminierende Handlungen antizipieren oder bereits schlechte Erfahrungen mit Therapeut*innen gemacht haben. Hierfür spricht auch, dass der Effekt besonders stark unter denjenigen Personen ausfällt, die häufig Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem erleben (DeZIM, 2023, S. 150ff.).

Abbildung 1: Verzögerung oder Vermeidung einer medizinischen Behandlung, nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Anteile in Prozent), Quelle: DeZIM, 2023, S. 146



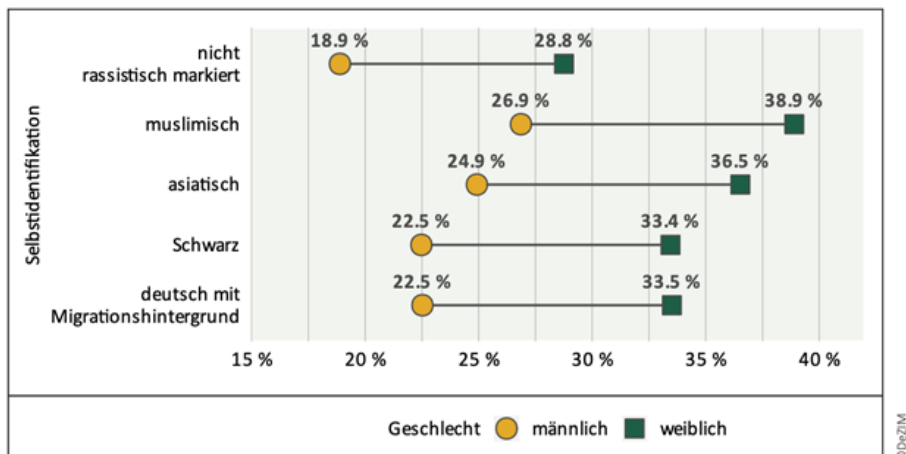
Lebeispiel: 12,9% der befragten asiatischen Frauen geben an, dass sie schon einmal eine Behandlung verzögert oder vermieden haben, weil sie befürchteten, weniger ernst genommen oder schlechter behandelt zu werden als andere. Quelle: NaDiRa-panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 15.537 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

Die Befunde aus der psychotherapeutischen Versorgung decken sich weitgehend mit einem Experiment, das ebenfalls im Rahmen des Rassismusmonitors durchgeführt wurde. Hierfür wurden fiktive Terminanfragen an 6.800 zufällig ausgewählte ärztliche Praxen in Deutschland gesendet, wobei in den Emails der jeweilige Name variiert wurde. Das Ergebnis des Experiments verdeutlicht, dass eine namensbasierte Diskriminierung vor allem im psychotherapeutischen Bereich vorkommt: Eine Anfrage mit einem türkisch-gelesenen Namen hat im Vergleich

zu einem ‚typisch deutsch‘ klingenden Namen eine um 12 Prozentpunkte verringerte Wahrscheinlichkeit, eine positive Antwort zu bekommen. Bei einem nigerianisch-gelesenen Namen beträgt der Unterschied 8 Prozentpunkte (DeZIM, 2023, S. 138). Die subjektiven Erfahrungsberichte, aber auch die im Experiment gewonnenen Erkenntnisse zum Ausmaß rassistischer Diskriminierung in der psychotherapeutischen Versorgung machen einmal mehr deutlich, wie wichtig es ist, Rassismus in den verschiedenen Ebenen der Versorgungspraxis abzubauen. Dies schließt ebenfalls ein, dass die Erfahrungen, die rassistisch markierte Menschen machen, sobald sie sich in psychosozialer Beratung befinden, auch als Diskriminierung anerkannt und eben nicht auf ihre jeweilige ‚Kultur‘ zurückgeführt werden (Tißberger, 2021, S. 6).

Das zweite Beispiel beschäftigt sich mit den Diskriminierungserfahrungen, die rassistisch markierte Menschen innerhalb der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung machen. Abseits von den Unterschieden in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen finden sich auch Unterschiede in der Qualität der ärztlichen Behandlung. Abbildung 2 legt dar, dass viele Personen innerhalb der ärztlichen Behandlung die Erfahrung machen, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Hierbei zeigen sich deutliche geschlechterspezifische Unterschiede: Frauen geben grundsätzlich häufiger als Männer an, dass sie deswegen schon einmal den Arzt bzw. die Ärztin wechseln mussten. Diese Erfahrung variiert aber auch mit der rassistischen Markierung. Rassismuskvulnerable Personen

Abbildung 2: „Ich musste den Arzt/die Ärztin wechseln, weil meine Beschwerden nicht ernst genommen wurden“, nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Unterschiede in Prozent), Quelle: DeZIM, 2023, S. 158



Lesebeispiel: 38,9% der muslimischen Frauen geben an, dass sie schon einmal den Arzt/die Ärztin wechseln mussten, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 15.018 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

berichten öfter von dieser Diskriminierungserfahrung in der ärztlichen Behandlung. Am häufigsten berichten Musliminnen (39 %), Asiatinnen (38 %) und Schwarze Frauen (33 %) davon, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden und sie deswegen den Arzt oder die Ärztin wechseln mussten.

Dass vor allem rassistisch markierte gegenüber nicht markierten Menschen häufiger von diesen Erfahrungen berichten, ist vor dem Hintergrund immer noch gängiger Pseudodiagnosen, wie etwa dem „Morbus Mediterraneus“ oder „Morbus Bosphorus“, wenig überraschend. Diese wertet nämlich die gesundheits-spezifischen Wahrnehmungen rassistisch markierter Menschen dadurch ab, dass sie Menschen aus dem Mittelmeerraum ein übertriebenes Schmerzempfinden unterstellt (Mroczynski, 2017). Mehr noch: Die Ergebnisse legen den Verdacht nahe, dass herkömmliche Vorurteile und Stereotypen, die insbesondere den damaligen „Gastarbeiter*innen“ galten, heute in der Intersektion mit geschlechts-spezifischen Stereotypisierungen zum Ausdruck kommen. Solche Pseudo- oder Scheindiagnosen sind deshalb gefährlich, da hierüber vulnerablen Gruppen, die dringend auf medizinische Hilfe angewiesen sind, eine angemessene Behandlung unterschlagen wird. Dies kann unter Umständen lebensgefährlich sein und so auch im Zweifelsfall über Leben und Tod entscheiden.

Abschließende Bemerkungen

Die hier nur grob skizzierten Beispiele aus dem aktuellen NaDiRa-Monitoringbericht (DeZIM, 2023) veranschaulichen, dass Rassismus auf verschiedene Art und Weise im Gesundheitsbereich zur Geltung kommen kann. Während sich das letztere Beispiel direkt auf die Diskriminierungserfahrungen bezog, die Betroffene im Kontakt mit dem Gesundheitswesen machen, sollte das erste Beispiel unterstreichen, dass sich der Rassismus auch auf die Verhaltensweisen und Handlungen derer auswirken kann, die rassistisch diskriminiert werden. Die im Monitoringbericht veröffentlichten Befunde entsprechen weitgehend internationalen Studienergebnissen, denen zufolge sich Diskriminierungserfahrungen negativ auf die Behandlungssuche, die Motivation für Präventionsbemühungen wie auch die Bereitschaft, ärztlichen Empfehlungen Folge zu leisten, auswirken können (Kluge et al., 2020, S. 1020).

Trotz der umfangreichen Dokumentation von Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung, die der NaDiRa entlang von quantitativen und qualitativen Daten, Experimenten wie auch Dokumentenanalysen sichtbar macht, muss dennoch betont werden, dass die generierten Ergebnisse nur einen Bruchteil dessen abbilden, was nötig wäre, um Rassismus im Gesundheitssystem vollumfänglich zu verstehen. Der innerhalb des NaDiRa fokussierte Blick auf betroffene Gruppen setzt insofern schon voraus, dass ein absichtlich ausgrenzendes Verhalten von den Personen erkannt und auch als genau das bewertet wird. Rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen kann jedoch auch unabhängig von indi-

viduellen Vorurteilen zum Ausdruck gebracht werden (Gomolla, 2017, S. 134) – beispielsweise über normalisierte rassistische Wissensbestände, sprachlich homogene Institutionen oder Ausgrenzungen aufgrund des Aufenthaltsstatus. Insofern können und sollten die Befunde des ersten Monitoringberichts nicht als Endpunkt, sondern als analytischer Startpunkt gelesen werden, um den Spuren des Rassismus im Gesundheitswesen weiter auf die Schliche zu kommen.

Literatur

- Aikins, J. & Supik, L. (2018). Gleichstellungsdaten. Differenzierte Erfassung als Grundlage für menschenrechtsbasierte Antidiskriminierungspolitik. In N. Foroutan, J. Karakayali & R. Spielhaus (Hrsg.), *Postmigrantische Perspektiven. Ordnungssysteme, Repräsentationen, Kritik* (S. 97–112). Frankfurt am Main & New York: Campus Verlag.
- Bartig, S., Kalkum, D., Le, H.M. & Lewicki, A. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen. Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin.
- Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D. & Otto, M. (2017). *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung*. Baden-Baden: Nomos.
- Ben, J., Cormack, D., Harris, R. & Paradies, Y. (2017). Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. In *PloS one* (12), 1–22.
- Bojadzije, M. (2008). *Die windige Internationale. Rassismus und Kämpfe der Migration*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Bojadzije, M. (2015). Rassismus ohne Rassen, fiktive Ethnizitäten und das genealogische Schema. Überlegungen zu Étienne Balibars theoretischem Vokabular für eine kritische Migrations- und Rassismusforschung. In J. Reuter & P. Mecheril (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Migrationsforschung. Pionierstudien und Referenztheorien* (S. 275–288). Wiesbaden: Springer.
- Broden, A. & Mecheril, P. (2010). Rassismus bildet. Einleitende Bemerkungen. In A. Broden & P. Mecheril (Hrsg.), *Rassismus bildet. Bildungswissenschaftliche Beiträge zu Normalisierung und Subjektivierung in der Migrationsgesellschaft* (2., unveränderte Auflage) (S. 7–23). Bielefeld: transcript.
- Brunett, R. (2020). Rassismus und Gesundheit. In *Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin* (3), S. 8–11.
- DeZIM (2022). *Rassistische Realitäten. Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander?* Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung e.V.
- DeZIM (2023). *Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors*. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung e.V.
- Feagin, J. R. (2000). *Racist america. Roots, current realities, and future reparations*. New York & London: Routledge.

- Foroutan, N. (2020). Rassismus in der postmigrantischen Gesellschaft. In *Aus Politik und Zeitgeschichte* (42-44), S. 12–18.
- Gomolla, M. (2017). Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 133–155). Wiesbaden: Springer.
- Hall, S. (2000). Rassismus als ideologischer Diskurs. In N. Rätzkel (Hrsg.), *Theorien über Rassismus* (S. 7–16). Hamburg: Argument Verlag,.
- Igel, U., Brähler, E. & Grande, G. (2010). Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. In *Psychiatrische Praxis* (37 (4)), S. 183–190.
- Kluge, U., Aichberger, M. C., Heinz, E., Udeogu-Gözalán, C. & Abdel-Farah, D. (2020). Rassismus und psychische Gesundheit. In *Nervenarzt* (91), S. 1017–1027.
- Kourabas, V. (2021). *Die Anderen ge-brauchen. Eine rassismustheoretische Analyse von ‚Gastarbeit‘ im migrationsgesellschaftlichen Deutschland*. Bielefeld: transcript.
- Mecheril, P. (2014). Subjektbildung in der Migrationsgesellschaft. Eine Einführung in das Thema, die zugleich grundlegende Anliegen des Center for Migration, Education und Cultural Studies anspricht. In P. Mecheril (Hrsg.), *Subjektbildung. Interdisziplinäre Analysen der Migrationsgesellschaft* (S. 11–26). Bielefeld: transcript.
- Mecheril, P. (2021). Rassismus als Analysekategorie. Rassismuskritik als Professionalisierungschance. In *impulse für Gesundheitsförderung* (110), S. 2–3.
- Messerschmidt, A. (2011). Rassismusanalyse in einer postnationalsozialistischen Gesellschaft. In C. Melter & P. Mecheril (Hrsg.), *Rassismuskritik*. Band 1: *Rassismustheorie und -forschung* (2. Auflage), (S. 59–74). Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Mroczynski, R. (2017). Zum Begriff „Patient mit Migrationshintergrund“ im medizinischen Diskurs. Eine gesprächslinguistische Analyse. In S. Bechmann, H. Gröhe, D. Grönemeyer & E. von Hirschhausen (Hrsg.), *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Forum für Fachsprachen-Forschung 138. Berlin: Frank & Timme, S. 91–100.
- Spallek, J. & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 153–166). Wiesbaden: Springer.
- Stepandić, K. (2022). Hanau ist überall. Der Aufbau von Solidaritätsnetzwerken nach den rassistischen Anschlägen in Hanau als postmigrantische Mobilisierung. In *Leviathan* 50 (39), S. 259–284.
- Tißberger, M. (2021). Critical Whiteness. Zur Notwendigkeit hegemonialer Selbstreflexion in Therapie und Beratung. In *impulse für Gesundheitsförderung* (110), S. 6–7.
- Van Houtven, C. H., Voils, C. I., Oddone, E. Z., Weinfurt, K. P., Friedman, J. Y., Schulman, K. A. & Bosworth, H. B. (2005). Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests. In *Journal of general internal medicine* 20 (7), S. 578–583.
- Van Ryn, M., Burgess, D. J., Dovidio, J. F., Phelan, S. M., Saha, S., Malat, J. et al. (2011). The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. In *Du Bois Review* 8 (1), S. 199–218.

- Yeboah, A. (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In K. Fereidooni & M. El (Hrsg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 143–166). Wiesbaden: Springer.
- Zajak, S., Steinhilper, E. & Sommer, M. (2021). Black Lives Matter in Europa. Antirassistischer Protest in Deutschland, Italien, Dänemark und Polen im Vergleich. In *Forschungsjournal Soziale Bewegungen* 34 (2), S. 319–325.

Öffnung und Teilhabe an der Schnittstelle von Migration und Behinderung

1. Einführung

Die Forschung an der Schnittstelle von Migration und Behinderung erfährt inzwischen zunehmende Aufmerksamkeit, nachdem diese Intersektion mit Blick auf die spezifischen Lebenslagen und Teilhabebedingungen von Menschen mit Migrations- und Behinderungserfahrung lange weder in der Migrationsforschung noch in den Disability Studies angemessene Berücksichtigung fand (z. B. Wansing & Westphal, 2014; Hughes, 2017; Burns, 2019; Köbsell, 2019; Duda-Mikulin & Glowacka, 2023; Afeworki Abay, 2023). In der anglo-amerikanischen Forschung sprechen Autor*innen aus dem Feld der Disability Studies von der „lazy intersectionality“ (Watermeyer & Swartz, 2023) und dem Fokus der Behinderungsbenachteiligung auf „white, middle-class disabled Americans“ (Frederick & Shifrer, 2019, S. 201). Kritisiert wird „the whiteness of disability studies“, aber ebenso „a lack of disability within migration studies scholarhip“ (Duda-Mikulin & Glowacka, 2023, S. 1). Pointiert zusammengefasst galt demnach lange: „Migration theory grows without the disabled person, disability studies without the migrant and practice without the disabled migrant“ (Pisani & Grech, 2015, S. 425).

Das intersektionale Themenfeld ist weit und umfasst, schaut man darauf aus der klassischen dualen Perspektive der Migrationsforschung, einerseits die Migration und Mobilität: Im Zuge von „ableist immigration policies“ (Burns, 2019, S. 305) werden Menschen mit Behinderungserfahrungen oft ausgeschlossen, gleichzeitig stellen aber Konflikte und Kriege Fluchtgründe dar, die häufig körperliche wie seelische Beeinträchtigungen verursachen („where there is conflict there is impairment“, Burns, 2019, S. 307). Andererseits stellt sich die Frage nach den Teilhabebedingungen der Menschen mit Behinderungserfahrungen, die selbst eingewandert sind oder als Nachkommen von Eingewanderten in einem Land leben. „Disabled migrants remain a hidden population“, konstatieren Duda-Mikulin und Glowacka (2023, S. 1), und diese Unsichtbarkeit zeigt sich, so resümiert Burns die bis dato vorhandene internationale Forschung (2019), im geringen Bewusstsein für Geflüchtete oder Eingewanderte mit Behinderungserfahrungen im Zielland, in geringen Kenntnissen bei Dienstleistern

über deren Rechte und Ansprüche, in einer fehlenden Sensibilität für Stigmata und in institutioneller Diskriminierung oder auch in der fehlenden oder zu stereotypen Auseinandersetzung mit „disability cultures“.

Im vorliegenden Beitrag werden Forschungsergebnisse vorgestellt, die an dieser Schnittstelle von Migration und Behinderung die Perspektive der Organisationen der Mehrheitsgesellschaft in den Fokus nimmt. In unserem Forschungsprojekt (von Unger et al. 2022) stand u. a. eine zivilgesellschaftliche Organisation im Zentrum, die sich als Selbsthilfeorganisation und Eltern- und Fachverband für die Rechte von Menschen mit einer Behinderung einsetzt und in ihren Ortsverbänden Einrichtungen und Beratungsangebote führt. Die Frage lautete, inwiefern sich zivilgesellschaftliche Organisationen durch die Auseinandersetzung mit Migration und angesichts zunehmender migrationsbezogener Vielfalt öffnen und verändern. Die komplementäre Frage, wie Menschen mit Migrations- und Behinderungserfahrung oder ihre Angehörigen selbst ihre Lebenssituation und ihre Teilhabemöglichkeiten bewerten, Angebote des Hilfesystems wahrnehmen und sich darin zurechtfinden, wurde z. B. in Forschungsarbeiten von Amirpur (2016), Kohan (2012), Halfmann (2012) oder Afeworki Abay (2023) untersucht. Dabei zeigten sich verschiedene Barrieren, die die Zugänge zu Hilfesystemen erschweren, sowie zugleich die Bedeutung individueller, familialer und weiterer Ressourcen für die Realisierung von Teilhabechancen.

Konzeptionell knüpfen die nachfolgend präsentierten Befunde an ein Konzept von Integration oder Teilhabe an, das inzwischen in der Migrationsforschung zunehmend Verwendung findet und Integration als einen zweiseitigen Prozess begreift, bei dem individuelle Motive, Potenziale und Ressourcen der Zugewanderten mit durch die Aufnahmegesellschaft bereitgestellten Chancenstrukturen und Freiheitsspielräumen zusammenwirken. Dabei kommt allerdings den gesellschaftlichen Teilhabestrukturen, d. h. der migrationsbezogenen institutionellen und organisationalen Öffnung der Aufnahmegesellschaft, eine besonders wichtige Rolle zu:

It is the interaction between the two [immigrants and receiving society, HBK], ... that determines the direction and the temporal outcomes of the integration process. However, these two „partners“ are fundamentally unequal in terms of power and resources. The receiving society, especially its institutional structure and reaction to newcomers, is far more decisive for the outcome of the process than the immigrants themselves are. (Penninx & Garcés-Mascrenas, 2016, S. 17).

Und weiter heißt es: „They [the organisations and institutions, HBK] may hamper access or equitable outcomes by virtue of historically and culturally determined ways of operating, by failing to account for immigrants' history, their cultural and religious backgrounds, or their languages abilities“ (ebd., S. 18). Demnach ist das Maß an Offenheit und Sensibilität gegenüber Zugewanderten und ihren Nach-

kommen, ihre Wahrnehmung von und ihr Verhalten gegenüber Einzelnen von entscheidender Bedeutung, wie dies auch in den Konzepten der Interkulturellen Öffnung dargelegt wurde: „Öffnung richtet sich gegen Geschlossenheit, gegen bewusste und unbewusste Ausgrenzungsmechanismen. Das berührt Interessen und Machtstrukturen, provoziert Konflikte mit Gewinnern und Verlierern“ (Schröder, 2018, S. 237). Insofern geht es sowohl in der Forschung als auch in der Praxis darum, „... den Kern der Institutionen zu befragen, sie daraufhin abzuklopfen, ob die Räume, die Leitideen, die Regeln, die Routinen, die Führungsstile, die Ressourcenverteilung sowie die Kommunikation nach außen im Hinblick auf die Vielheit gerecht und effektiv sind“ (Terkessidis, 2010, S. 132). Migrationsbezogene Integrations- und Teilhabeforschung wendet sich vor diesem Hintergrund zunehmend den „Teilhabeinfrastrukturen“ und z. B. Organisationen wie der öffentlichen Verwaltung, Krankenhäusern, Weiterbildungseinrichtungen, Alten- und Pflegeeinrichtungen, Schulen oder der Polizei zu. Bisher noch wenig in den Blick genommen wurden zivilgesellschaftliche Organisationen, die als Mittler zwischen Individuen und Staat zentrale Bedeutung für Demokratie und Gesellschaft haben, als Interessensorganisationen Orte politischer Sozialisation und Kommunikation sind und Partizipationsmöglichkeiten schaffen (Baykara-Krumme et al., 2022). Anders als z. B. öffentliche Verwaltungen können sie selbst entscheiden, ob sie Eingewanderte vertreten, als Adressat*innen ansprechen und als Mitglieder gewinnen wollen, ob sie sich öffnen möchten. Laut dem ZIVIZ-Survey, einer Befragung von etwa 6.300 zivilgesellschaftlichen Organisationen in Deutschland, ist die Mitgliedschaft in zivilgesellschaftlichen Organisationen bisher eher homogen; Öffnungsprozesse sind nicht besonders ausgeprägt; nur wenige bemühen sich gezielt um Migrant*innen als Mitglieder (Priemer et al., 2017, S. 36, 38).

2. Organisationale Öffnungsprozesse, Teilhabeinfrastruktur vor Ort und intersektionale Positionen

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden migrationsbezogene Prozesse des Wandels in vier zivilgesellschaftlichen Organisationen in Deutschland untersucht (von Unger et al., 2022), von denen es sich bei einer Organisation um die *Lebenshilfe* handelte, die freundlicherweise ihr Archiv öffnete, Dokumente zur Verfügung stellte und Interviews auf verschiedenen Ebenen der Organisation ermöglichte (Baykara-Krumme & Rau, 2022). Die historische Rekonstruktion migrationsbezogener organisationaler Wandlungsprozesse zeigt, dass bis in die 2000er Jahre lediglich eine sporadische Thematisierung von Migration stattgefunden hat. Es war lange kein funktionales Bedürfnis und es gab offensichtlich keinen Druck aus dem organisationalen Feld, sich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen, zu öffnen und organisationale Zugangsbarrieren abzubauen. Das Thema Migration, so heißt es in einem Interview,

das ist irgendwie auch an uns auch vorbei gegangen. ... Es gab diese Menschen, auch in den Einrichtungen, aber es wurde nie irgendwie was Besonderes gemacht Die wurden einfach hier dann in die Einrichtung gesetzt und sollten dann da irgendwie funktionieren. Die Organisation hat sich darum ehrlich nicht geschert.

Im Zuge der Intensivierung der politischen Diskurse und Maßnahmen im Rahmen der Integrationspolitik ab den 2000er Jahren und Aktivitäten in den Verbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung beteiligte sich auch die Bundesgeschäftsstelle der Lebenshilfe an einem Positionspapier inkl. einer Selbstverpflichtung der Verbände „die Arbeit für und mit Menschen mit Behinderung und die Arbeit für und mit Menschen mit Migrationshintergrund innerverbandlich zu verknüpfen und dabei auch ihre Mitgliedsorganisationen und Kooperationspartner aus beiden Arbeitsfeldern stärker als bisher miteinander zu vernetzen“ (Die Fachverbände, 2012). Hier wurden Impulse aus dem organisationalen Feld aufgenommen und die Organisation orientierte sich um, auch zur Herstellung von Legitimität im organisationalen Feld. Eine Person in verantwortlicher Position formulierte dies so:

Also es ist schon so, dass es irgendjemanden braucht, der es mal in der Gruppe ausspricht. Aber wenn etwas in der [Luft] liegt, dann hat es eben auch viel mehr Chancen, auf Gehör zu treffen. Und das war zum Beispiel bei dieser Migrationsidee, das lag total auf der Hand. ... Als wir dann die Tagung mit der Migrationsbeauftragten gemacht haben, das war selbstverständlich und da ging es auch an vielen anderen Stellen schon los.

Bis heute gibt es migrationsbezogene Projekte und inzwischen eine unbefristet eingestellte Referentin für Behinderung und Migration. Aber Öffnung und Wandel vollziehen sich weiterhin sehr langsam und eher punktuell, ohne eine organisationsweite Agenda. Die Organisation ist noch auf der Suche nach angemessener Adressierung und Umsetzung einer intersektionalen Perspektive, und darin spiegelt sich auch die oben angeführte Trägheit im gesamten Feld der Intersektion Behinderung und Migration. Neo-institutionalistische Ansätze aus der Organisationsforschung bieten sich hier als Erklärung an; die bisher fehlende kritische Masse organisationsinterner Fürsprecher und interner Netzwerke ist ein weiterer Faktor, wie vergleichbare Studien zeigen (von Unger & Kostimpas, 2022, Schönwalder et al. i. E.).

Für einen Überblick über die Teilhabeinfrastruktur vor Ort wurden alle knapp 500 Ortsverbände der Lebenshilfe angeschrieben, von denen etwa ein Drittel an unserer Online-Befragung teilnahm. Zufällig fand zeitgleich auch eine Befragung des Paritätischen zur Interkulturellen Öffnung in der Behindertenhilfe statt, die zu dem Schluss kam, dass „der Stand der interkulturellen Öffnung ... unzureichend [ist]“ (Kim, 2020, S. 4). Gefordert wurde im Abschlussbericht des

Paritätischen eine strategische und systematische Umsetzung von Maßnahmen zur interkulturellen Orientierung, wozu aus Sicht der vom Paritätischen befragten Einrichtungen besonders Schulungen und Informationen für die Mitarbeiter*innen, mehrsprachiges Informationsmaterial und eine Vernetzung der Einrichtungen mit relevanten Akteur*innen zählen. Auch in den Ortsverbänden der Lebenshilfe und ihren Einrichtungen gibt es bisher nur eine sehr eingeschränkte Teilhabeinfrastruktur, wie unsere Umfrage belegt (siehe Baykara-Krumme, 2022). Migrationspezifische Angebote und Aktivitäten sind selten. Die folgende Abbildung zeigt, welche Aktivitäten und Angebote vereinzelt/gelegentlich oder mehrfach/häufig vorkommen. Demnach existieren insbesondere Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationsgeschichte sehr selten. Auch mehrsprachige Webseiten gibt es lediglich bei acht Prozent der befragten Einrichtungen. Eine spezifische rechtliche Beratung bieten 11 Prozent der Einrichtungen gelegentlich und zwei Prozent häufig an. Beratungen mit Übersetzung durch Dolmetscher*innen finden lediglich in sechs Prozent der Einrichtungen öfter statt.

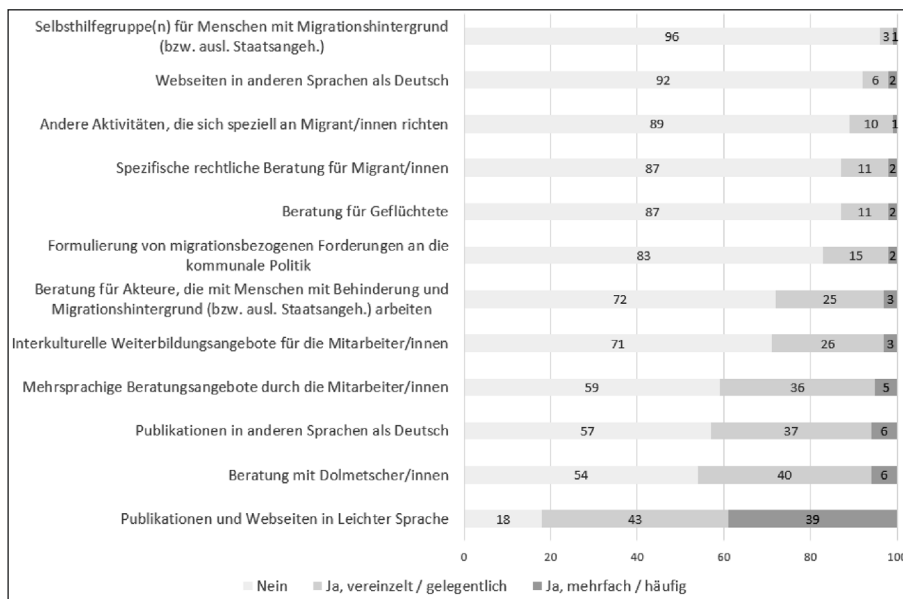


Abb. 1: Angebote und Aktivitäten in den Ortsverbänden („Gibt es in Ihrer Lebenshilfe...“)

Weiterhin gab lediglich etwa ein Drittel der befragten Ortsverbände an, sich mit dem Thema „Migration“ zu beschäftigen (34 %, hier nicht abgebildet). Nur etwas weniger als die Hälfte (43 %) stimmt der Aussage zu, dass das Thema Interkulturelle Öffnung für Dienste und Einrichtungen von großer Wichtigkeit ist. Die große Mehrheit sah es zwar durchaus als ihre Aufgabe an, spezifische Angebote

zu machen (nur 12 % stimmten hier nicht zu), zugleich sahen über die Hälfte (55 %) der befragten Ortsverbände die Bedürfnisse und Interessen von Menschen mit Behinderungs- und Migrationserfahrung bereits angemessen berücksichtigt und 54 % stimmten der Aussage zu, dass sich Bedürfnisse und Interessen nicht unterscheiden. Damit zeigten sich in der Lebenshilfe also ähnliche Muster wie in der Behindertenhilfe insgesamt (Kim, 2020).

Weiterhin wurden anhand des qualitativen Datenmaterials Einstellungen zur Intersektionalität analysiert. Auf Basis der über 30 qualitativen Interviews mit Personen, die als Haupt- oder Ehrenamtliche in der Organisation arbeiten, konnten, angelehnt an Lépinards „repertoires“ (Lépinards, 2014), drei intersektionale Positionen mit unterschiedlichen Logiken herausgearbeitet werden (siehe ausführlich Rau & Baykara-Krumme, 2024, i.E.). Wie häufig diese jeweils sind, lässt sich anhand dieser Analysen nicht sagen; sie zeigen primär die Komplexität der Auseinandersetzung um Intersektionalität in einer (zivilgesellschaftlichen) Organisation der Aufnahmegesellschaft. Eine Position ist die „professional intersectionality“, die die intersektionale Betrachtung von Benachteiligungen bzw. Bedarfen auch über Migration und Behinderung hinaus in Hinblick auf weitere Differenzkategorien als erforderlich anerkennt, und dies in der Logik der individuellen Anerkennung von Bedarfen oder aber mit einer starken Essenzialisierung von Gruppenunterschieden umsetzt. Eine andere Position ist die „intersectional recognition out of necessity“, die die normative Verpflichtung spürt oder angesichts entsprechender Alltagserfahrungen pragmatisch akzeptiert, dass migrationspezifische Bedarfe in der Klientel mit Behinderungserfahrung bestehen und darauf innerhalb der Organisation reagiert werden muss. Die dritte Position formuliert ein „disability first“. Hier wird auf die Funktion der Organisation für Menschen mit Behinderung fokussiert; weitere spezifische Bedarfe und damit auch intersektionale Benachteiligungen werden nicht anerkannt. Als Logiken lassen sich hier ein universalistisches Verständnis („colour-blindness“) finden, das eine Offenheit impliziert, aber spezifische Barrieren für Teilhabe ausblendet. Hier zeigt sich zugleich eine Sorge um verringerte Anerkennung für die eigenen Bedarfe, wenn andere – wie jene durch Migration – zusätzlich mitberücksichtigt werden. Diese Analysen zeigen, wie unterschiedlich sich (intersektionale) Positionierungen darstellen, und es bleibt eine zentrale Frage, wie sich die Aushandlungsprozesse darüber sowohl innerhalb dieser (und weiterer) Organisationen als auch gesamtgesellschaftlich in den nächsten Jahren vollziehen.

3. Fazit

Integration und Teilhabe erfordern entsprechende Teilhabeinfrastrukturen; dies gilt für Teilhabe im Kontext von Behinderung wie für Teilhabe im Kontext von Migration und in ihrer Intersektion. Die dafür erforderlichen Öffnungs- und

Wandlungsprozesse stellen Herausforderungen für die beteiligten Organisationen, Institutionen und Akteure dar. Veränderung will angestoßen und gestaltet sein. Soziologisch handelt es sich dabei um Prozesse, über die in anderen Themenfeldern (z. B. in der Geschlechterforschung, Dobbin et al., 2011) schon Erkenntnisse existieren, über die aber insbesondere an der hier interessierenden Intersektion von Behinderung und Migration noch zu wenig geforscht wurde. Die jüngere Entwicklung in der Forschung zeigt, dass sich hier allmählich etwas tut; wir beobachten Prozesse des Wandels z. B. der Forschungsperspektiven, Forschungsfragen und -konzeptionen. Im besten Fall gelingt die weitere Öffnung sowohl in der Migrationsforschung als auch in den Disability Studies/der Teilhabeforschung und im Austausch mit der Praxis, so dass es bald heißen kann: *Migration theory grows with the disabled person, disability studies with the migrant and practice with the disabled migrant.*

Literatur

- Afeworki Abay, R. (2023). *Dekolonialisierung des Wissens: Eine partizipative Studie zu Diskriminierung und Teilhabe an Erwerbsarbeit von BIPOC mit Behinderungserfahrungen*. Transcript.
- Amirpur, D. (2016): *Migrationsbedingt behindert? Familien im Hilfesystem: Eine intersektionale Perspektive*. Transcript.
- Baykara-Krumme, H. (2022). Migrationsbezogene Öffnung vor Ort. Ergebnisse einer Befragung in den lokalen Lebenshilfen. In H. von Unger, H. Baykara-Krumme, S. Karakayali & K. Schönwälder (Hrsg.), *Organisationaler Wandel durch Migration? Zur Diversität in der Zivilgesellschaft* (S. 169–192). Transcript.
- Baykara-Krumme, H. & Rau, V. (2022). Dynamische Zeiten – zögerlicher Wandel: Migrationsbezogene Vielfalt in der Lebenshilfe. In H. von Unger, H. Baykara-Krumme, S. Karakayali & K. Schönwälder (Hrsg.), *Organisationaler Wandel durch Migration? Zur Diversität in der Zivilgesellschaft* (S. 33–66). Transcript.
- Baykara-Krumme, H., Karakayali, S., Schönwälder, K. & von Unger, H. (2022). Einleitung. In H. von Unger, H. Baykara-Krumme, S. Karakayali & K. Schönwälder (Hrsg.), *Organisationaler Wandel durch Migration? Zur Diversität in der Zivilgesellschaft* (S. 9–31). Transcript.
- Burns, N. (2019), Boundary maintenance. Exploring the intersections of disability and migration. In N. Watson & S. Vehmas (Hrsg.), *Routledge Handbook of Disability Studies* (S. 305–320). Routledge.
- Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2012). *Gemeinsame Erklärung zur interkulturellen Öffnung und zur kultursensiblen Arbeit für und mit Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund*. Berlin.
- Dobbin, F., Kim, S. & Kalev, A. (2011). You can't always get what you need: Organizational determinants of diversity programs. *American Sociological Review* 76(3), 386–411.

- Duda-Mikulín, E. A. & Głowacka, M. (2023). 'I haven't met one': disabled EU migrants in the UK. Intersections between migration and disability post-Brexit. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 1–19.
- Frederick, A. & Shifrer, D. (2019). Race and disability: From analogy to intersectionality. *Sociology of Race and Ethnicity* 5(2), 200–214.
- Halfmann, J. (2012). *Migration und Behinderung. Eine qualitative Studie zu Lebenswelten von Familien mit einem Kind mit Komplexer Behinderung und Migrationshintergrund in Deutschland*. Universität zu Köln.
- Hughes, B. (2017). Impairment on the move: the disabled incomer and other invalidating intersections. *Disability & Society* 32(4), 467–482.
- Kim, M.-S. (2020). *Projekt „Perspektivenwechsel – Interkulturelle Öffnung der Behindertenhilfe“*. *Analysen und Handlungsempfehlungen*. Der Paritätische Gesamtverband.
- Köbsell, S. (2019). „Disabled asylum seekers? They don't really exist“. In M. Westphal & G. Wansing (Hrsg.), *Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste* (S. 63–80). Springer VS.
- Kohan, D. (2012). *Behinderung und Migration: Eine doppelte Belastung? Eine empirische Studie zu jüdischen Kontingentflüchtlings mit einem geistig behinderten Familienmitglied*. Centaurus.
- Lépinard, É. (2014). Impossible Intersectionality? French Feminists and the Struggle for Inclusion. *Politics & Gender* 10(1), 124–130.
- Penninx, R. & B. Garcés-Mascareñas (2016). The concept of integration as an analytical tool and as a policy concept. In B. Garcés-Mascareñas & R. Penninx (Hrsg.), *Integration processes and policies in Europe: Contexts, levels and actors* (S. 11–29). Springer.
- Pisani, M. & Grech, S. (2015). Disability and forced migration: Critical intersectionalities. *Disability and the Global South* 2(1), 421–441.
- Priemer, J., Krimmer, H. & Labigne, A. (2017). *ZiviZ-Survey 2017. Vielfalt verstehen. Zusammenhalt stärken*. Edition Stifterverband.
- Rau, V. & Baykara-Krumme, H. (im Erscheinen): Migration meets Disability. Approaches to intersectionality in the context of a disability rights organisation. *Disability & Society*.
- Schönwälder, K., Baykara-Krumme, H., Bökle, S. & Rau, V. (im Erscheinen). *Societal transformation and organisational change: How advocacy organisations respond to migration-related diversification*.
- Schröer, H. (2018). Vielfalt als kommunale Gestaltungsaufgabe. In F. Gesemann & R. Roth (Hrsg.), *Handbuch Lokale Integrationspolitik* (S. 227–260). Springer VS.
- Terkessidis, M. (2010). *Interkultur*. Suhrkamp.
- Von Unger, H. & Kostimpas, D. (2022). Wandel in der Deutschen Aidshilfe e.V. Geschichte einer konfliktreichen Diversifizierung. In H. von Unger, H. Baykara-Krumme, S. Karakayali & K. Schönwälder (Hrsg.), *Organisationaler Wandel durch Migration? Zur Diversität in der Zivilgesellschaft* (S. 67–101). Transcript.
- Von Unger, H., Baykara-Krumme, H., Karakayali, S. & Schönwälder, K. (2022). *Organisationaler Wandel durch Migration? Zur Diversität in der Zivilgesellschaft*. Transcript.

- Wansing, G. & Westphal, M. (2014). *Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität*. Springer VS.
- Watermeyer, B. & Swartz, L. (2023). Disability and the problem of lazy intersectionality. *Disability & Society*, 38(2) 362–366.

Öffnung des gesundheitlichen Regelsystems für traumatisierte Geflüchtete

In vielen Regionen der Erde finden derzeit Krieg und bewaffnete Konflikte statt. Die Zahl der Menschen, die weltweit vor Kriegen, Konflikten, Verfolgung und Menschenrechtsverletzungen fliehen müssen, war noch nie so hoch wie heute. 2020 betrug die Zahl der weltweit Vertriebenen noch 82,4 Millionen. Ende 2021 waren nach Angaben des Flüchtlingshilfswerks UNHCR 89,3 Millionen Menschen auf der Flucht. Mit dem Ausbruch des Kriegs in der Ukraine wurden erneut viele Menschen zur Flucht über internationale Grenzen gezwungen oder sind innerhalb des Landes vertrieben. Damit ist die Zahl der weltweit Vertriebenen auf über 100 Millionen gestiegen (UNHCR, 2024).

In Deutschland wurden im Jahr 2023 insgesamt 351.915 Asylanträge gestellt. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies eine massive Steigerung, dennoch erreichen die Zahlen bei Weitem nicht das Niveau aus den Jahren 2015 und 2016. Die Zahl der Geflüchteten aus der Ukraine sind in dieser Statistik nicht enthalten, da diese kein Asylverfahren durchlaufen müssen (Statistisches Bundesamt, 2024).

Massive Stressoren für fliehende Menschen innerhalb und aus den zunehmenden Konfliktgebieten sind beispielsweise die Zeugenschaft konkreter Kriegshandlungen wie Bomben, Panzer und zerstörte Infrastruktur oder das Zurücklassen geliebter Personen. Das Wissen um Kriegsverbrechen, wie z. B. Folter oder sexuelle Gewalt als Kriegsmethode, lässt zudem erahnen, was für Traumatisierungen und Traumafolgestörungen bei den Betroffenen vorliegen können. Die Häufigkeit solcher traumatischen Ereignisse ist während kriegerischer Auseinandersetzungen und während einer Flucht um ein Vielfaches erhöht.

Falls vor der Flucht bereits psychische Erkrankungen bestanden haben, wie etwa Depressionen oder Zwangsstörungen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich diese durch eine Flucht und die erhöhte Dichte potenzieller traumatischer Ereignisse aggravieren, das heißt, dass sich die bereits vorliegenden Symptome verstärken. Kriegsbedingte entwickeln etwa in 40–50 % der Fälle eine Posttraumatische Belastungsstörung (Maercker et al., 2008). Das Risiko der Entwicklung weiterer Traumafolgestörungen, wie z. B. Depressionen, Angststörungen oder Schmerzstörungen, ist bei Geflüchteten signifikant erhöht (Fazel et al., 2005).

Jedoch hat nicht jede Person, die vor einem Krieg flieht, auch zwangsläufig eine Traumafolgestörung. Entscheidend sind die Schwere erfahrener Traumata im Herkunftsland oder auf der Flucht und die erlebte Sicherheit, Möglichkeiten zur Beruhigung, Selbstwirksamkeit und Verbundenheit bzw. Hoffnung auf objektiver und subjektiver Ebene nach der Flucht (Hobfoll, 1991; Hobfoll, 2011). Das bedeutet, dass gerade die Qualität der Lebensbedingungen und Unterstützung für Überlebende von Krieg, Folter und Gewalt, die in Deutschland Schutz suchen, die weitere psychische Entwicklung maßgeblich bestimmen. In einer unterstützenden Umgebung ist eine Verarbeitung traumatischer Ereignisse und eine psychische Genese eher möglich. Im Gegensatz dazu fördert fortgesetzter Stress eine dauerhafte psychische Belastung sowie eine mögliche Manifestation und Chronifizierung psychischer Störungen, wie die Posttraumatische Belastungsstörung. Solche Postmigrationsstressoren sind u. a. die langen und unsicheren Asylverfahren mit ungewisser Bleibeperspektive oder diverse Diskriminierungen in verschiedenen institutionellen Bereichen (Kluge et al., 2020).

Wenn nun beispielsweise eine schutzsuchende Person aus Afghanistan, die den gewaltvollen Tod der Familie durch die Taliban sowie sexuelle Gewalt miterlebt hat, nach einer beschwerlichen Flucht in Deutschland ankommt und mehrere Monate in einer geräuschvollen Unterkunft mit fünf weiteren Personen im Zimmer bei unsicherem Ausgang des Asylverfahrens ausharren muss und die Person trotz ihrer hohen Motivation keinen Deutschkurs machen und nicht arbeiten darf, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich vorliegende Beschwerden verschlimmern oder gar chronifizieren werden, sodass sie gesundheitlicher Versorgung bedürfen.

Allerdings bestehen für geflüchtete Menschen und insbesondere für Personen, welche schwere Gewalt oder Folter erfahren haben, in Deutschland erhebliche Zugangsbarrieren zum öffentlichen Gesundheitssystem. Ausschlaggebend ist hierbei der rechtliche Rahmen, denn nach dem § 4 AsylbLG haben Asylsuchende in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie haben in der Regel nur dann einen Kostenübernahmeanspruch, wenn es sich um eine „dringend erforderliche“ Behandlung, „akute Erkrankungen und Schmerzzustände“ handelt. Eine Psychotherapie ist generell nicht vorgesehen. Manche Bundesländer und Kommunen setzen sich jedoch dafür ein, Geflüchteten rascher eine Elektronische Gesundheitskarte und somit einen unbürokratischeren Zugang zu Behandlungen zukommen zu lassen. Jeder Antrag auf Psychotherapie wird jedoch nach wie vor nach den Maßgaben des AsylbLG geprüft (Kleefeld et al., 2016). Im Rahmen des geplanten sogenannten Rückführungsverbesserungsgesetzes der aktuellen Bundesregierung sollen die Versorgungseinschränkungen sogar auf drei Jahre verlängert werden, in welchen sich Beschwerden weiter chronifizieren können. Dabei ist in der Forschung belegt, dass eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden mittel- bis langfristig zu insgesamt höheren Gesundheits-, Inte-

grations- und Verwaltungskosten führt (Bozorgmehr et al., 2016).

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Mohammed & Karato, 2022) hat folgende weitere Diskriminierungsbereiche in der Gesundheitsversorgung Schutzsuchender definiert:

- *Mangelndes Fachwissen in Bezug auf migrationspezifische Aspekte auf Seiten der Fachkräfte im Gesundheitswesen:* Komplexe psychosoziale Bedarfe von Menschen, die Krieg und Gewalt überlebt haben, werden in den Ausbildungen von Heilberufen nicht thematisiert. Dem Personal fehlt es an nötigem Wissen und Kompetenzen im Umgang mit den spezifischen Bedarfen dieser Menschen.
- *Vorurteilsbehaftete Interaktionen/Rassismus zwischen Gesundheitspersonal und Geflüchteten:* Geflüchtete Menschen sind im Alltag und auch in Interaktionen mit dem Gesundheitspersonal teilweise Vorurteilen und rassistischer Abwertung ausgesetzt, was sich negativ auf ihre Gesundheit auswirkt (Yeboah, 2021).
- *Mangelnde Barrierefreiheit, wie etwa fehlender Zugang zu Sprachmittlung für Menschen mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen:* Falls Beschwerden vorliegen, sind sich viele Geflüchtete nicht über mögliche Behandlungswege u.a. bei wiederkehrenden Alpträumen, Intrusionen oder Ängsten bewusst. Laut einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Schröder et al., 2018) ist der Anteil derer, die nicht wissen, welche Gesundheitsangebote ihnen überhaupt zur Verfügung stehen, äußerst hoch. Zudem erfolgt weiterhin keine rasche einheitliche Identifizierung derjenigen geflüchteten Personen, welche eine erhöhte Symptombelastung zeigen, sodass entsprechende Indikationen gestellt werden können. Die Wege, Sprachmittlung innerhalb einer Gesundheitsbehandlung zu organisieren und zu finanzieren, sind mit hohem zeitlichen und organisatorischen Aufwand verbunden und Behandelnden oftmals nicht bekannt.
- *Fehlende Datenlage zu den gesundheitlichen Belangen geflüchteter Menschen:* Über viele Jahre wurden bundesweit keine oder nur sehr geringe Daten zu geflüchteten Menschen, wie beispielsweise im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI), erhoben (Frank et al., 2017).

Aufgrund der zunächst stark eingeschränkten Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind die interdisziplinär aufgestellten Psychosozialen Zentren (PSZ) für psychisch belastete Geflüchtete in Deutschland wichtige erste Anlaufstellen für die psychosozialen Bedarfe Geflüchteter. Die 47 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge (PSZ) in Deutschland sind auf die Versorgung von Geflüchteten vor Krieg, Folter oder Gewalt mit Traumafolgestörungen spezialisiert. Die Behandlung von Personen, welche vor kriegerischen Auseinandersetzungen geflohen sind, ist mit besonderen Anforderungen verbunden, da ihre körperlichen

und psychischen Erkrankungen durch viele und komplexe Faktoren beeinflusst sind. Diese sind beispielsweise ihre individuelle Vorgeschichte, ihre Herkunftskultur, die Erlebnisse, die sie zur Flucht veranlasst haben, ihre Fluchtgeschichte und ihre aufenthaltsrechtliche Situation sowie Lebensumstände in Deutschland. Die PSZ arbeiten interdisziplinär, da viele soziale und rechtliche Besonderheiten des Asylsystems zu beachten sind. Laut ihres Dachverbands BAfF können sie jedoch lediglich etwa 5,8 % des geschätzten Bedarfs decken. Überdies sind sie nicht Teil des gesundheitlichen Regelsystems und finanzieren sich hauptsächlich aus befristeten Projektmitteln und Spenden.

Um die Versorgung von psychisch belasteten Geflüchteten in Deutschland innerhalb des gesundheitlichen Regelsystems zu verbessern, langfristig Mehrkosten im Gesundheitssystem zu vermeiden und die Integration dieser vulnerablen Personengruppe nachhaltig zu gewährleisten, bedarf es einiger Veränderungen.

Anders als in vergangenen Fluchtbewegungen erhalten aus der Ukraine geflüchtete Personen aufgrund der Massenzustrom-Richtlinie eine Arbeitserlaubnis und uneingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem. Dies ist eine begrüßenswerte Entwicklung, müsste jedoch für alle vulnerablen Geflüchteten gelten.

Zudem wären eine rasche Identifizierung derjenigen besonders vulnerablen geflüchteten Personen, welche eine erhöhte Symptombelastung zeigen und für welche ein erhöhter psychosozialer Versorgungsbedarf oder eine spezialisierte Richtlinienbehandlung besteht, sowie ein rascher Zugang zu entsprechender Unterstützung wünschenswert.

Eine durch das Gesundheitssystem finanzierte und mit niedrigem bürokratischem Aufwand nutzbare Sprach- und Kulturmittlung innerhalb gesundheitlicher Behandlungen, so auch innerhalb von Psychotherapie, wird seit mehreren Jahren durch zahlreiche Fachverbände gefordert. Diese Möglichkeit müsste möglichst schnell umgesetzt werden.

Darüber hinaus sollte die finanzielle Grundlage der interdisziplinär aufgestellten Psychosozialen Zentren (PSZ) für psychisch belastete Geflüchtete in Deutschland sichergestellt werden. Die PSZ müssten als gesundheitliche Komplexleistung in das gesundheitliche Regelsystem integriert werden.

Literatur

- Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2016). Refugees in Germany – untenable restrictions to health care. *The Lancet* 388 (10058), 2351–2352.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, BAfF e.V.(2023). *Flucht & Gewalt. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Versorgungsbericht.*
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 365 (9467), 1309–1314.

- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., Rommel, A. & Lampert, T. (2017). *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland*, <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005>
- Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research* 4(3), 187–197.
- Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*, 127, 147.
- Kleefeldt, E., Wolff, B. & de Carlo, L. (2016) *Flüchtlinge in unserer Praxis*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.). Berlin.
- Kluge, U., Aichberger, M. C., Heinz, E., Udeogu-Gözalán, C. & Abdel-Fatah, D. (2020). Rassismus und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt* 91 (11), 1017.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 79 (5), 577.
- Mohammed, L. & Karato, Y. (2022). *Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2022*.
- Schröder, H., Zok, K. & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WIdO-monitor* 15(1), 1–20. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf (Letzter Zugriff: 12.04.2024).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024). *Weltweite Fluchtbewegungen auf einen Blick. 89,3 Millionen Vertriebene Weltweit*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/bevoelkerung-arbeit-soziales/bevoelkerung/Fluchtbewegungen.html> (Letzter Zugriff: 04.04.2024).
- UNHCR (2024). *Statistiken*. <https://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick> (Letzter Zugriff: 04.04.2024).
- Yeboah, A. (2021). Einfluss von rassistischer Diskriminierung auf die physische und psychische Gesundheit. In M. Sieberer, P. Jung & F. Führmann (Hrsg.) *Migration und Gesundheit*. München und Jena: Urban & Fischer Verlag.

Rechtliche Zugangs- und Teilhabebarrrieren im Kontext von Fluchtmigration

Neben sprachlichen, institutionell-bürokratischen und diskriminierungsbedingten Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, Beratung und sozialen Teilhabe bestehen rechtliche Zugangsbeschränkungen und Leistungsausschlüsse, die sich aus dem aufenthaltsrechtlichen Status von Adressat*innen der Sozialen Arbeit ergeben (Mohammed & Karato, 2022; Westphal & Boga, 2022; Führer, 2023). Während ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem für Migrant*innen bisher häufig in Verbindung mit interkulturellen Öffnungsprozessen (u. a. Falge & Zimmermann, 2009; Behrens, 2011; Razum & Saß, 2015) untersucht wurde, werden neuerdings auch unterschiedliche Formen von Diskriminierung (Kajikhina et al., 2023; DeZIM 2023; Razum et al., 2020) sowie der Aufenthaltsstatus als Zugangs- und Teilhabebarrrieren im Kontext von Fluchtmigration thematisiert (Führer, 2023; Frank et al., 2017). Auf die sich an der Schnittstelle von Fluchtmigration und Behinderung durch Leistungsausschlüsse ergebende Unterversorgung geflüchteter Menschen ist in den letzten Jahren erstmals hingewiesen worden (Eisenhardt, 2014; Köbsell, 2019; Schülle, 2019).

Zunehmend kommen jedoch aus der Praxis der Behinderten- sowie der Migrationssozialarbeit Problemanzeigen zu den Auswirkungen einer unzureichenden Versorgung und rechtlicher Ausschlüsse von Sozialleistungen sowie zu den Versorgungsbedarfen der verschiedenen Teilgruppen von Migrant*innen in den Blickpunkt der öffentlichen Diskussion (Gag & Weiser, 2022, S. 5).

In der Beratungspraxis sind Sozialarbeitende oftmals mit Leistungsausschlüssen für geflüchtete Menschen und der Frage konfrontiert, wie eine bedarfsgerechte und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung für alle Adressat*innen der Sozialen Arbeit ermöglicht werden kann. Die Unterstützung von Asylsuchenden und geduldeten Personen hinsichtlich eines diskriminierungsfreien Zugangs zur Gesundheitsversorgung und gesellschaftlicher Teilhabe gestaltet sich aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen besonders herausfordernd. Zu diesen Herausforderungen zählen vor allem die komplexen und häufig Änderungen unterworfenen rechtlichen Bestimmungen im Bereich des Migrations-

rechts, aber auch fehlende einheitliche Regelungen für die Kostenübernahme von Dolmetschleistungen. Eine wesentliche Voraussetzung für die Einforderungen der Rechte von geflüchteten Menschen im Rahmen der Sozialen Arbeit bilden daher Kenntnisse sowohl zur aktuellen nationalen Gesetzgebung, insbesondere im Asyl- und Aufenthaltsrecht sowie im Asylbewerberleistungsgesetz, als auch zu internationalen und europäischen Menschenrechtsabkommen.

Kritik an eingeschränkter Gesundheitsversorgung und Leistungsausschlüssen

Das Menschenrecht auf Gesundheit gilt zwar für alle Menschen, aber die nationale Gesetzgebung (AsylbLG, SGB IX) nimmt in Verbindung mit dem Aufenthaltsstatus von ausländischen Staatsangehörigen Einschränkungen bei der Gesundheitsversorgung und Ausschlüsse von bestimmten Leistungen, u. a. für Menschen mit Behinderungen (§ 100 SGB IX) vor. Dass dies nicht mit Menschenrechtsabkommen für vulnerable Personengruppen vereinbar ist, deren Rechte durch die UN-Behindertenrechtskonvention und die UN-Kinderrechtskonvention besonders geschützt sind, darauf wird u. a. vom Deutschen Institut für Menschenrechte (Leisering, 2018) hingewiesen. Nach Art. 5 UN-BRK dürfen Menschen mit Behinderung nicht benachteiligt oder diskriminiert werden, sie besitzen ein Recht auf eine angemessene Gesundheitsversorgung (Art. 25), Rehabilitationsleistungen (Art. 26) sowie auf soziale Teilhabe und die Einbeziehung in lokale Unterstützungssysteme (Art. 19) (ebd.).

Das Deutsche Institut für Menschenrechte kritisiert im Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfungsverfahren Deutschlands von Juli 2023 die fehlende „flächendeckende Umsetzung der menschen- und europarechtlichen Vorgaben zur Identifizierung und bedarfsgerechten Unterbringung von geflüchteten Menschen mit Behinderungen“ (DIMR, 2023, S. 30). Dies führe dazu, dass nicht sichtbare Formen von Beeinträchtigungen, wie chronische und psychische Erkrankungen, häufig übersehen und entsprechende Bedarfe nicht festgestellt werden (ebd.; BAfF, 2020). Die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention des DIMR schlägt daher vor, eine gesetzliche Regelung zur systematischen Identifizierung und Feststellung von behinderungsbedingten Bedarfen zu schaffen sowie Geflüchtete mit Behinderung von Beginn an in die Regelversorgung des gesetzlichen Sozialleistungssystems aufzunehmen (DIMR, 2023).

Von Flüchtlingsorganisationen und den Wohlfahrtsverbänden wird die eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz kritisiert. Sie fordern u. a. eine „Einbeziehung geflüchteter Menschen in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ sowie einen „Anspruch auf alle aufgrund ihrer besonderen Situation erforderlichen zusätzlichen Leistungen (insbesondere nach SGB IX, SGB VIII u. a.)“ für vulnerable Personen unter den Geflüchteten

nach der EU-Aufnahmerichtlinie (Gemeinsames Statement von 62 Organisationen, 02.01.2023).

Eine aktuelle Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) kommt zu dem Ergebnis, dass rechtliche Einschränkungen bei der Gesundheitsversorgung nicht nur mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit von geflüchteten Menschen verbunden sind, sondern zudem negative Auswirkungen auf das Gesundheitswesen insgesamt haben, weil durch die Verzögerung von Behandlungen höhere Kosten verursacht werden (Biddle, 2024).

Versorgungsbedarfe von geflüchteten Menschen

Menschen, die Schutz vor Krieg, Verfolgung, Gewalt oder Natur- und Umweltkatastrophen suchen, unterscheiden sich u. a. hinsichtlich Alter, Geschlecht, familiärer Situation und Gesundheitszustand sowie den Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht. Die Bedarfe von Schutzsuchenden sind daher ebenfalls sehr unterschiedlich, wobei aufgrund traumatischer Kriegs-, Verfolgungs- und Fluchterfahrungen von besonderen Versorgungsbedarfen bzgl. psychischer Erkrankungen auszugehen ist (vgl. Frank et al., 2017; Brücker, 2019).

Die EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU) verpflichtet die Mitgliedsstaaten seit 2015 dazu, die besondere Schutzbedürftigkeit und die sich daraus ergebenden Bedürfnisse von Asylsuchenden bei der Aufnahme festzustellen (Art. 22 AufnRL) sowie im Asylverfahren, bei der Unterbringung und Gesundheitsversorgung entsprechend zu berücksichtigen. Während Art. 19 Abs. 1 die Mitgliedsstaaten lediglich verpflichtet, Antragssteller*innen eine erforderliche medizinische Versorgung zu gewähren, „die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst“, erhalten Asylsuchende mit besonderen Bedürfnissen „bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ (Art. 19 Abs. 2 AufnRL).

In Art. 21 werden folgende schutzbedürftige Personen genannt: Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen und mit psychischen Erkrankungen sowie Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlebt haben. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine abschließende Aufzählung. Schutzbedarfe können sich zusätzlich aus den „individuellen Umständen des Einzelfalls“ ergeben (BAfF, 2021, S. 8). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich die unterschiedlichen Kategorien von Schutzbedürftigkeit häufig überschneiden und daraus weitere spezielle Bedarfe entstehen (ebd.).

Aufgrund einer fehlenden gesetzlichen Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie auf Bundesebene liegt die Zuständigkeit bei den Bundesländern, die es jedoch bisher überwiegend versäumt haben, ausreichende Maßnahmen für ein systematisiertes Verfahren zur Feststellung von besonderen Bedürfnissen durchzuführen (Toska, 2023). Über den Zugang und die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Teilhabeleistungen entscheiden somit nicht in erster Linie die Bedürfnisse von geflüchteten Menschen, sondern ihr aufenthaltsrechtlicher Status.

Aufenthaltsrechtlicher Status

Abhängig vom Herkunftsland gelten für geflüchtete Menschen unterschiedliche rechtliche Grundlagen beim Zugang zu Schutz und für die Erteilung eines Aufenthaltstitels. So unterscheidet sich der aufenthaltsrechtliche Status von Vertriebenen aus der Ukraine und von Schutzsuchenden aus anderen Ländern, die ebenfalls vor Krieg geflüchtet sind oder ihr Herkunftsland aus anderen Gründen verlassen mussten. Während Vertriebene aus der Ukraine direkt nach der Einreise einen Aufenthaltstitel¹ beantragen können und seit 01.06.2022 einen Anspruch auf Leistungen nach SGB II² haben, sind alle anderen Schutzsuchenden dazu verpflichtet, ein Asylverfahren zu durchlaufen, in dem eine individuelle Prüfung ihrer Asylgründe stattfindet. Erst nach einer positiven Entscheidung im Asylverfahren, d. h. Zuerkennung eines internationalen Schutzstatus oder Feststellung eines nationalen Abschiebungsverbots, besteht ein Anspruch auf die Erteilung eines Aufenthaltstitels nach § 25 Abs. 1–3 AufenthG und Leistungen nach SGB II.

Während des laufenden Asylverfahrens erhalten Asylsuchende eine Aufenthaltsgestattung (§ 55 AsylG) und Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Darüber hinaus findet das Asylbewerberleistungsgesetz u. a. Anwendung auf Personen, deren Aufenthalt geduldet wird. Für die Dauer eines bestimmten Zeitraums, der in den letzten Jahren mehrfach geändert wurde, liegt die Leistungshöhe unterhalb des Existenzminimums nach dem SGB II bzw. SGB XII. Zudem besteht in dieser Zeit nur ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung (*s. hierzu auch die Beiträge von Krennerich und Shirali Dikloo im vorliegenden Band*).

-
- 1 Schutzstatus nach der Richtlinie zum Vorübergehenden Schutz (2001/55/EG). Vertriebene aus der Ukraine ohne ukrainische Staatsangehörigkeit müssen für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Abs. 1 AufenthG weitere Voraussetzungen (unbefristeter Aufenthaltstitel in der Ukraine oder keine Möglichkeit der sicheren und dauerhaften Rückkehr ins Herkunftsland) erfüllen. Siehe hierzu u. a. Informationsverbund Asyl & Migration. Vorübergehender Schutz. <https://www.asyl.net/themen/humanitaere-aufnahme/voruebergenderschutz>
 - 2 Siehe hierzu: Informationsverbund Asyl & Migration (24.05.2022). Überblick zur Einführung der Sozialhilfe für Vertriebene aus der Ukraine ab 1. Juni 2022. <https://www.asyl.net/view/ueberblick-sozialhilfe-ukraine-juni-2022>

Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG: Durchsetzung von Ansprüchen und bestehende Beratungsbedarfe

Das Asylbewerberleistungsgesetz wurde in Verbindung mit der Einschränkung des Grundrechts auf Asyl im Jahre 1993 eingeführt und war Teil des sogenannten „Asylkompromisses“ (DIMR, 2022). Es ist am 01.11.1993 in Kraft getreten und wurde in den folgenden Jahren mehrfach geändert. Das Gesetz regelt die Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und geduldete Personen sowie weitere Personengruppen (§ 1 AsylbLG). Zu diesen Gruppen gehören auch Inhaber*innen unterschiedlicher Aufenthaltstitel und zwar:

- (Syrische) Flüchtlinge mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG, die im Rahmen eines Landesprogramms aufgenommen wurden,
- Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären, persönlichen oder öffentlichen Interessen nach § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG,
- Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG, deren Ausreise aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist.

Für Bezieher*innen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz endet der Leistungsbezug mit dem Ablauf des Monats, in dem die Leistungsberechtigung entfällt (§ 1 Abs. 3 Satz 1 AsylbLG). Bei einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 findet das Asylbewerberleistungsgesetz keine Anwendung mehr, sobald die Entscheidung über die Aussetzung der Abschiebung 18 Monate zurückliegt (§ 1 Abs. 1 Nr. 3c AsylbLG).

Zusätzlich zur Absenkung der Leistungshöhe unterhalb der Regelsätze nach SGB II bzw. SGB XII beinhaltet das AsylbLG eine eingeschränkte medizinische Versorgung nach § 4 AsylbLG sowie das Sachleistungsprinzip für Personen in Aufnahmeeinrichtungen. Mit dem Rückführungsverbesserungsgesetz, das am 27.02.2024 in Kraft getreten ist, wurde die Dauer des Leistungsbezugs nach § 3 AsylbLG von 18 auf 36 Monate ausgeweitet. Erst danach besteht für Leistungsbezieher*innen ein Zugang zu Leistungen analog SGB XII (§ 2 AsylbLG) und zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete hat zwar zum Abbau von bürokratischen Barrieren und einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für einen Teil der Asylsuchenden und geduldeten Personen geführt, sie wird aber nicht bundesweit umgesetzt und erst nach Zuweisung in die Kommunen ausgestellt (u. a. MAGS NRW, 2024). Angesichts einer gesetzlich festgelegten Aufenthaltsdauer in Aufnahmeeinrichtungen von aktuell bis zu maximal 24 Monaten (§ 47 Abs. 1b AsylG) für erwachsene Asylsuchende ist ein Zugang zur elektronischen Gesundheitskarte grundsätzlich mit einer längeren

Wartezeit verbunden. Nach einer aktuellen Untersuchung erhalten nur ca. 20 % aller Geflüchteten eine elektronische Gesundheitskarte (Biddle, 2024).

Während eines Zeitraums von 36 Monaten ist die medizinische Behandlung nach dem AsylbLG auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt (§ 4 AsylbLG)³. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG erhalten in dieser Zeit auch keine Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 100 Abs. 2 SGB IX). Sonstige Leistungen nach § 6 Abs. 1 AsylbLG *können* gewährt werden, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind (...)“. Zu diesen Leistungen zählen „insbesondere Hilfs- und Heilmittel, Psychotherapie und Frühförderung, wenn diese Leistungen nicht bereits zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind“ (Weiser, 2020, S. 336) sowie die Behandlung von chronischen Erkrankungen. Bei der Auslegung von § 6 Abs. 1 AsylbLG kommt dem Verfassungs-, Unions- (u. a. EU-AufnRL) und Völkerrecht (u. a. Art. 26 UN-BRK) eine entscheidende Bedeutung zu (Weiser, 2020). Durch mehrere Urteile von Sozialgerichten wurden die Rechte von Asylsuchenden auf eine Gesundheitsversorgung, die der von gesetzlich Krankversicherten entspricht, gestärkt (ebd.). Bei chronischen Erkrankungen und einem „nicht unerheblichen Risiko von Folgeerkrankungen“ (ebd., S. 336) besteht ein Anspruch nach § 6 Abs. 1 AsylbLG. Zudem wird die Auffassung vertreten, dass ein genereller Anspruch auf Leistungen zur Sicherung der Gesundheit vorhanden sei, wenn die Leistung im Einzelfall unerlässlich, erforderlich oder geboten ist.

Dies bedeutet, dass nach Ermessen im Einzelfall grundsätzlich alle Leistungen zur Gesundheitsversorgung wie bei gesetzlich Krankenversicherten möglich sind. Zudem kann im Einzelfall eine Ermessensreduzierung auf Null vorliegen, sodass es einen Anspruch auf die beantragte Leistung nach § 6 Abs. 1 AsylbLG gibt (ebd.). Ohne Unterstützung durch eine fachkundige Beratung und Begleitung können geflüchtete Menschen die bestehenden Ansprüche jedoch kaum durchsetzen (ebd., S. 340; DRK, 2023).

Angesichts der vorgenommenen Ausweitung von Grundleistungen nach § 3 AsylbLG auf einen Zeitraum von 36 Monaten müssen erforderliche Leistungen der Gesundheitsversorgung für Bezieher*innen von AsylbLG in Zukunft noch häufiger über § 6 AsylbLG beantragt werden. Damit Sozialarbeitende angemessen auf die Herausforderungen im Handlungsfeld der Flüchtlings- und Migrationssozialarbeit vorbereitet sind, sollten im Rahmen des Studiums bereits vertiefte Kenntnisse zum Migrationsrecht und zu Menschen- und Flüchtlingsrechten vermittelt werden.

3 Zum Umfang der Leistungen nach § 4 AsylbLG siehe u. a. Weiser 2020, S. 334f.

Literatur

- BAfF (2020). *Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen*. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/11/BAfF_Reader_Identifizierung.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- BAfF (2021). *Besondere Schutzbedürftigkeit. Zwischen Rechtsanspruch und Umsetzung. Dokumentation der Online-Tagung vom 3.–5. Mai 2021*. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/02/Tagung_Schutzbeduerftigkeit_DEU.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Behrens, B. (2011). *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick, Strategie, Praxis*. BIS-Verlag: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Biddle, L. (2024). Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit – erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben. *DIW Wochenbericht* 91 (12), S. 199–207. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.897117.de/24-12.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Brücker, H., Croisier, J., Kosyakova, Y., Pietrantuono, G. Rother, N. & Schupp, J. (2019). *Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung* (BAMF-Kurzanalyse, 1–2019). Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67577-1> (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2022). *30 Jahre „Asylkompromiss“: Der Schutz vor politischer Verfolgung ist eine völkerrechtliche Verpflichtung*. Pressemitteilung vom 05.12.2022. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuelles/detail/30-jahre-asylkompromiss-der-schutz-vor-politischer-verfolgung-ist-eine-voelkerrechtliche-verpflichtung> (Letzter Zugriff: 03.04.2024)
- Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention (2023). *Parallelbericht an den UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum 2./3. Staatenprüfungsverfahren Deutschlands*. Berlin: DIMR. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-88609-2> (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Deutsches Rotes Kreuz (2022). *Ungesehen? Geflüchtete Menschen mit Behinderungen in Deutschland: Ergebnisse der Bedarfserhebung*. https://www.drk-brandenburg.de/fileadmin/Bilder_und_Videos/Angebote/Migration_und_Fluechtlingshilfe/DRK_Wohlfahrt_Ungesehen_Bericht_interaktiv.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- DeZIM (2023). *Rassismus und seine Symptome*. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung e.V. Berlin. https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024)
- Eisenhardt, B. (2014). Strukturelle Unterversorgung von Flüchtlingskindern mit Behinderung. In Menschenkind, Berlin Global Village e.V., Lebenshilfe Berlin & HVD Berlin-Brandenburg (Hrsg.), *(K)eine Zukunft. Flüchtlingskinder mit Behinderungen. Menschenrechtsverletzungen in Berlin*, S. 4–5. <https://www.lebenshilfe-berlin.de/>

- media/docs/Kita/HVD_Menschenkind_Fluechtlingskinder.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Falge, C. & Zimmermann, G. (Hrsg.) (2009). *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens*. Baden-Baden: Nomos.
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R. & Razum, O. et al. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2 (1), 24–47. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005>
- Führer, A. (2023). Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 66, 1083–1091. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03762-9>
- Gag, M. & Weiser, B. (2022). *Leitfaden zur Beratung von Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht*. https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/publikationen/Arbeitshilfen/220504_Beratungsleitfaden_Gag_Weiser_Neuauf.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Gemeinsames Statement von 62 Organisationen (02.01.2023). „*Es gibt nur eine Menschenwürde – Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen!*“ https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/Appell-gegen-AsylbLG_Jan-2023-3.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Kajikhina, K., Koschollek, C., Bozorgmehr, K., Sarma, N. & Hövener, C. (2023). Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. *Bundesgesundheitsblatt* 66, 1099–1108. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03764-7>
- Köbsell, S. (2019). „Disabled asylum seekers? ... They don't really exist“. Zur Unsichtbarkeit behinderter Flüchtlinge im Hilfesystem und im behindertenpolitischen Diskurs. In M. Westphal & G. Wansing (Hrsg.), *Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste* (S. 63–80). Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15099-0>
- Leisering, B. (2018). *Geflüchtete Menschen mit Behinderungen: Handlungsnotwendigkeiten für eine bedarfsgerechte Aufnahme in Deutschland*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/56407/ssoar-2018-leisering-Geflüchtete_Menschen_mit_Behinderungen_.pdf?sequence=1 (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (2024). *Gesundheitskarte*. <https://www.mags.nrw/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge> (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Mohammed, L. & Karato, Y. (2022). *Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2022*. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/07/BAff_Versorgungsbericht-2022.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Razum, O. & Saß, A.-C. (2015). Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. *Bundesgesundheitsblatt* 58, 513–514 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2154-1>
- Razum, O., Akbulut, N. & Bozorgmehr, K. (2020). Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und

- Geflüchteten. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 621–646). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Schülle, M. (2019). Medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten. Rechtliche und praktische Barrieren der Barrierefreiheit. In M. Westphal & G. Wansing (Hrsg.), *Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste*, (S. 147–166). Wiesbaden: Springer VS.
- Toska, J. (2023). Die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in den deutschen Bundesländern. In T. Gerlinger, C. Janda, R. Reiter & A. E. Töller (Hrsg.), *Die Regelung der Gesundheitsversorgung Geflüchteter. Das Beispiel der Versorgung bei psychischen Erkrankungen* (S. 149–164). Wiesbaden: Springer VS.
- Weiser, B. (2020). Gesundheitsversorgung im Rahmen des AsylbLG. Die rechtlichen Regelungen und ihre Vereinbarkeit mit Verfassungs- und Unionsrecht. *Asylmagazin* 10–11, 331–340. https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/beitraege_asylmagazin/Beitraege_AM_2020/AM20-10-11_themenschwerpunkt_gesundheit_web.pdf (Letzter Zugriff: 03.04.2024).
- Westphal, M. & Boga, O. (2022). „Ich könnte mit normalen Leuten leben“. *Barrieren, Ressourcen und Wünsche an der Schnittstelle von Flucht, Migration und Behinderung*. Kassel: university press. <https://kobra.uni-kassel.de/handle/123456789/14406> (Letzter Zugriff: 03.04.2024).

Simone Heil und Sati Arikpinar

Sprach- und Integrationsmittlung in der psychosozialen Beratung

Ein Tool der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM)

Sprach- und Integrationsmittler*innen (SIM) sind Fachkräfte, die Menschen mit Zuwanderungsbiographie bei der Kommunikation mit Behörden, medizinischem Personal, Schulen und anderen Einrichtungen unterstützen. Sie vermitteln fachkundig und allparteilich zur sprachlichen Verständigung und bei länder-spezifischen Unterschieden soziokulturell. Sie helfen dabei, Missverständnisse zu vermeiden und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und finanziert Sprach- und Integrationsmittler*innen seit 2013 für psychisch erkrankte Menschen in bestimmten Arbeitsfeldern in Nordrhein-Westfalen (LVR, 2024). Die Finanzierung erfolgt über den Landeshaushalt und die Beiträge der Kommunen.

Die Aufgaben von Sprach- und Integrationsmittler*innen sind vielfältig. Sie umfassen unter anderem im Kontext der Finanzierung durch den LVR folgende Bereiche:

- Dolmetschen und Übersetzen von Beratungsterminen in den Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und in der Suchthilfe
- Schwerpunkt der Arbeit als „Brückenbauer*innen“ in Gesundheits- und Sozialwesen mit medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Kenntnissen
- Beratung/Vermittlung in Angebote der Kontakt- und Beratungsstelle
- Begleitung bei Behördengängen während und nach psychiatrischer Behandlung und anderen Terminen im Rahmen der Beratungsarbeit der SPZ/Suchthilfe
- Vermittlung von Kontakten zu anderen Einrichtungen und Organisationen
- Förderung der Integration in die Gesellschaft, besonders durch ihre Transferleistung in den Gesprächen

Sprach- und Integrationsmittler*innen arbeiten in unterschiedlichen Settings, z. B. in Behörden, Schulen, Krankenhäusern, Beratungsstellen oder in der freien Wirtschaft. Sie sind in der Regel selbständig tätig oder arbeiten für eine gemeinnützige Organisation.

Die Qualifikation von Sprach- und Integrationsmittler*innen ist unterschiedlich. In der Regel verfügen sie über eine abgeschlossene Ausbildung im Bereich Sprache, Kultur oder Integration. Darüber hinaus sind Sprachkenntnisse in mindestens zwei Sprachen erforderlich.

Die Arbeit von Sprach- und Integrationsmittler*innen ist wichtig für die Integration von Menschen in das Regelsystem und somit in die Gesellschaft und für den Erhalt von Unterstützungsleistungen. Sie tragen dazu bei, dass Menschen ihre Rechte und Möglichkeiten wahrnehmen und sich am gesellschaftlichen Leben beteiligen können.

Arbeitsgruppe SIM

Alle Teilnehmenden der Arbeitsgruppe haben ihre Erfahrungen mit Sprachmittlung im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeiten geschildert. Die Mehrzahl der Berichtenden hat in Beratungssituationen auf SIM zurückgreifen können.

Eine Diskussion über die Unterschiede zu ehrenamtlicher Übersetzung und professioneller Sprach- und Kulturmittlung hat allen Anwesenden die Wichtigkeit und Bedeutung der SIM verdeutlicht. In der Gruppe wurden die Rollenkonflikte, besonders im Zusammenhang mit familiär bedingter Dolmetschertätigkeit, reflektiert. Erfahrungsberichte aus der Praxis der SPKoM haben die Vorteile und den Beraterischen Zugewinn von SIM-Unterstützung unterstrichen. Der Lerneffekt und die zusätzlichen Informationen für die Berater*innen durch die Vor- und Nachgespräche mit den Kulturmittler*innen wurden immer wieder betont und herausgestellt. Die Gespräche stellten sich als gutes Instrument im Beratungs- und Beziehungsaufbau für alle dar.

Um die praktischen Erfahrungen für alle Teilnehmenden erfahr- und erlebbar zu machen, hat die Gruppe eine Rollenübung unter Beobachtung und Anleitung der Referentinnen absolviert. Die Rollen waren wie folgt verteilt: eine beratende Person, eine Person, die sich beraten lassen wollte und eine Person, die die Sprach- und Kulturmittlung übernimmt. Die anderen Teilnehmenden waren Beobachtende und sollten die Situation später reflektieren. Die Beratungssituation wurde nach 15 Minuten (auf Deutsch geführt) aufgelöst und die Rollenspieler*innen haben den Beobachter*innen ihre direkten Eindrücke mitgeteilt. Alle haben sich in ihre Rolle direkt eingefühlt und die Situation wie im realen Beratungsprozess ausgefüllt. Interessant waren die unterschiedlichen Rollenperspektiven, die den Zuschauenden zur Verfügung standen. Die Außenstehenden konnten ihrerseits ihre Perspektive einbringen.

Im Rückblick waren alle nach anfänglicher Überwindung der eigenen Unsicherheit von dem wertvollen Beitrag der SIM und dem Instrument überzeugt und fühlten sich sicher im Umgang mit dieser speziellen Situation. Allen Teilnehmenden ist deutlich geworden, dass die Arbeit mit SIM wichtig ist und einen zusätzlichen Aspekt im Sinne der Teilhabe, Inklusion und gegen eine strukturelle

Diskriminierung von Menschen mit nicht ausreichenden Sprachkenntnissen im Deutschen darstellt. Aus diesem Grund ist eine flächendeckende Finanzierung von Sprach- und Integrationsmittlung, besonders im Gesundheits- und Beratungssetting, im Sinne des Teilhabe-Gedankens unerlässlich.

Literatur

Landschaftsverband Rheinland (LVR) (2024). *SIM Förderung im SPZ und der Suchtberatung*. https://www.lvr.de/de/nav_main/kliniken/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/frderprogramme/sim_foerderung_im_spz/sim_foerderung_im_spz_1.jsp

Lioba Heuel

Kultursensible Selbsthilfe: Chancen ermöglichen, Potentiale heben

Gemeinsam stark: Kooperation zwischen Migrant*innen- selbstorganisationen – ein Projekt des Paritätischen NRW

Selbsthilfe spielt eine wichtige Rolle im Gesundheits- und Sozialwesen, indem sie Menschen in schwierigen Lebenslagen Unterstützung bietet. Obwohl viele Menschen in Deutschland diese Möglichkeit des Austauschs unter Betroffenen nutzen, spiegeln die bestehenden Selbsthilfeangebote nicht die Vielfalt unserer Gesellschaft wider. Die Bedürfnisse und Herausforderungen verschiedener Zielgruppen in Bezug auf die Nutzung und Kenntnis dieser Angebote, Themen und Gruppen variieren stark. Das Projekt „Kultursensible Selbsthilfe: Chancen ermöglichen, Potentiale heben“ zielt darauf ab, Barrieren abzubauen und den Zugang zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe für Menschen unterschiedlicher Herkunft zu erleichtern.

Gemeinschaftliche Selbsthilfe

Es gibt verschiedene Arten von Selbsthilfe, die alle darauf abzielen, in Notsituationen oder Lebensherausforderungen selbstwirksam zu sein. Dies kann bedeuten, Rat und Unterstützung von nahestehenden Menschen einzuholen oder leichte Erkrankungen mit Hausmitteln selbst zu behandeln. Dieser Aufsatz bezieht sich auf die sogenannte „gemeinschaftliche Selbsthilfe“. Dabei handelt es sich um den Zusammenschluss von Menschen außerhalb ihrer alltäglichen Beziehungen, die von einem gemeinsamen Problem oder Anliegen betroffen sind und sich gegenseitig unterstützen oder gemeinsam aktiv werden. Die Hilfe erfolgt durch den Austausch innerhalb der Gruppen sowie durch nach außen gerichtete Aktivitäten. Das Angebot der gemeinschaftlichen Selbsthilfe ist freiwillig und kostenlos, kann eine Therapie unterstützen, aber nicht ersetzen und wird nicht von Professionellen angeleitet.

Wirkung von Selbsthilfe

Die Wirkung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe ist individuell und schwer messbar. Eine Studie aus dem Jahr 2018 (Dierks & Kofahl 2018) hat jedoch positive Effekte von Selbsthilfe aufgezeigt, wie etwa das Gefühl, nicht alleine zu sein, offen über Probleme zu sprechen, von den Erfahrungen anderer zu profitieren und die eigene Erkrankung besser bewältigen zu können.

Selbsthilfegruppen haben sich weiterentwickelt und bieten heute verschiedene Möglichkeiten des Treffens an, einschließlich virtueller Treffen. Die digitale Form des Austauschs spricht viele Menschen an, insbesondere solche, die aufgrund von Mobilitätseinschränkungen, psychischen Problemen oder Erkrankungen Schwierigkeiten haben, ihre Wohnung zu verlassen. Sie können dadurch von zu Hause aus an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen und Unterstützung erhalten.

Junge Selbsthilfe

Junge Menschen befinden sich in einer anderen Lebensphase als ältere Menschen und haben spezifische Bedürfnisse. Daher gibt es spezielle Selbsthilfegruppen für Jugendliche und junge Erwachsene, die Austausch und Unterstützung bieten. Diese Gruppen können in Form von moderierten Gesprächsgruppen, Stammtischen, virtuellen Treffen oder sogar Musikgruppen stattfinden.

Selbsthilfethemen

Die Themenpalette von Selbsthilfegruppen ist breit und umfasst sowohl gesundheitsbezogene als auch soziale Themen. Im gesundheitlichen Bereich gibt es Selbsthilfegruppen für körperliche, chronische, psychische Erkrankungen und Suchtkrankheiten. Etwa zwei Drittel der bestehenden Gruppen gehören diesem Bereich an. Im (psycho-)sozialen Bereich befassen sich Selbsthilfegruppen mit Themen wie z. B. Arbeitslosigkeit und Armut. Es gibt auch Selbsthilfegruppen im Bereich der Pflege, in denen sich Menschen zusammenschließen, die sich um die Pflege von Angehörigen oder um Personen mit demenzieller Erkrankung kümmern (SELBSTHILFENETZ.DE, o.J.).

Selbsthilfeunterstützungsstellen

In Nordrhein-Westfalen gibt es Selbsthilfe-Kontaktstellen, Selbsthilfe-Büros und Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe, die in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt ansässig sind. Sie vermitteln Interessierte in bestehende Selbsthilfegruppen, unterstützen die Gründung neuer Gruppen und beraten zu organisatorischen Fragen, Problemen in der Gruppe und Öffentlichkeitsarbeit (ebd.).

Finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen

Die finanzielle Förderung der Selbsthilfe erfolgt durch verschiedene Kostenträger wie Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen und Pflegeversicherung.

Selbsthilfe im Kontext von Migration

Laut dem Statistischen Bundesamt hatten im Jahr 2021 über 22,3 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund, was etwa 27,2 Prozent der Bevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt, 12.04.2022). Diese Gruppe umfasst Menschen, die entweder selbst oder deren Eltern nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden.

Wenige Menschen mit Migrationshintergrund sind Teil von Selbsthilfegruppen. Sprachbarrieren, erschwerte Zugangswege, mangelnde Kenntnis über das Angebot der Selbsthilfe sowie kulturelle und gesellschaftliche Prägungen können die Teilnahme von Menschen mit Migrationsgeschichte an Selbsthilfegruppen erschweren.

Der Paritätische NRW, der als stärkster Träger von Selbsthilfestrukturen und Bürgerengagement fungiert, setzt sich dafür ein, die interkulturelle Öffnung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe zu fördern und Menschen mit Migrationshintergrund anzusprechen. Jede Kultur hat ihren eigenen Umgang mit den Themen Gesundheit und Krankheit. In einigen Kulturen wird Krankheit beispielsweise als ein von außen auferlegtes Schicksal betrachtet. Offene Gespräche über Krankheiten oder Problemlagen finden in einigen Kulturkreisen nur innerhalb der Familie statt. Der Austausch erfolgt eher im privaten Rahmen. Da es in einigen Ländern keine Selbsthilfestrukturen wie in Deutschland gibt, sind Nutzen, Abläufe und Rahmenbedingungen der Selbsthilfe dort nicht bekannt. Oftmals existiert in verschiedenen Sprachen kein Wort für „Selbsthilfe“.

Der Paritätische NRW bemüht sich seit vielen Jahren in verschiedenen Projekten, das Angebot der Selbsthilfe in die „migrantischen Communitys“ zu tragen. Dabei sind Migrant*innenselbstorganisationen wichtige und starke Partner*innen. Sie übernehmen vor Ort Brückenfunktionen, um ihre Mitglieder und regionalen Kooperationspartner*innen wie Kulturvereine oder Gemeinden zum Beispiel über Selbsthilfe zu informieren. Dadurch können direkte Zugänge geschaffen und Betroffene erreicht und motiviert werden, sich über ihre Erkrankung oder persönliche Problemlagen mit anderen auszutauschen. Daher steht die Zusammenarbeit mit fünf Migrant*innenselbstorganisationen in NRW im Mittelpunkt des Projekts „Kultursensible Selbsthilfe“ im Zeitraum von 2022 bis 2024. Das Projekt zielt darauf ab, kulturspezifische Barrieren abzubauen und den Zugang zur Selbsthilfe für Menschen unterschiedlicher Herkunft zu erleichtern. In enger Zusammenarbeit mit den Migrant*innenselbstorganisationen soll das Angebot der Selbsthilfe in die Communitys getragen und dadurch bekannter und erlebbar gemacht werden.

Selbsthilfe-Beauftragte

Die kooperierenden Migrant*innenselbstorganisationen setzen dabei sogenannte Selbsthilfe-Beauftragte ein. Sie fungieren als Vertrauenspersonen innerhalb der Organisationen, sind anerkannt und verfügen über ein tiefes Verständnis für die kulturellen Hintergründe und Bedürfnisse ihrer Communitys. Ihr Wissen ist unerlässlich, um kulturspezifische Themen aufzugreifen, die Selbsthilfe perspektivisch zu etablieren und effektive Unterstützung anzubieten. Sie erleichtern den Zugang zu den Menschen, die im Rahmen des Projekts angesprochen werden sollen. Zudem sind sie gut vernetzt und fungieren als Brückenbauer*innen zwischen Migrant*innenselbstorganisationen und dem gesundheitlichen und so-

zialen Netzwerk in ihrer Region. Die Selbsthilfe-Beauftragten stehen in engem Austausch mit dem Projektteam.

Praktische Zusammenarbeit

Die fünf kooperierenden Migrant*innenselbstorganisationen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer kulturellen Herkunft sowie in ihrer Struktur und Größe. Es handelt sich um zwei Migrant*innendachverbände sowie drei eigenständig arbeitende Organisationen (türkisch, russisch/ukrainisch, aserbaidshianisch, afrikanisch). Alle Beteiligten sehen die Selbsthilfe als wichtige und notwendige Ergänzung ihrer Angebote an. Nach einem Jahr des Kennenlernens haben alle Organisationen erste Schritte unternommen, um den Gedanken der Selbsthilfe umzusetzen. Ein erster Ansatz besteht darin, den Austausch in Gruppen erlebbar zu machen. Hierbei wird die Methode des Erzählcafés angewendet (Netzwerk Erzählcafé, 2024). Im Erzählcafé kommen Menschen unter Anleitung miteinander ins Gespräch. Jedes Treffen steht unter einem bestimmten Motto, sei es ein jahreszeitliches, regionales, geschichtliches oder aktuelles Thema. Des Weiteren gibt es bereits festgelegte Themen in den Communitys, zu denen der Austausch in Selbsthilfegruppen stattfinden soll. Dafür werden niederschwellige Angebote organisiert, wie zum Beispiel ein wöchentlich stattfindendes Selbsthilfe-Café für „Angehörige von Kindern und Jugendlichen mit Autismus“. Das Thema „Aggressives Verhalten bei Jugendlichen“ – eine psychische Belastungsprobe, auch für Eltern – wird in zwei Organisationen immer wieder angesprochen. So entstand nach einem Workshop zu diesem Thema bereits eine Selbsthilfegruppe für betroffene Eltern. Das Projektteam greift gerne die konkreten Hinweise der Selbsthilfe-Beauftragten auf, zu denen Austauschbedarf besteht.

African Mums e. V.

Die African Mums e. V. ist eine der fünf Migrant*innenselbstorganisationen, die im Rahmen des Projekts „Kultursensible Selbsthilfe“ kooperieren. Der Verein wurde 2021 in Essen gegründet und ist sowohl regional als auch bundesweit aktiv. Er stellt die größte Selbsthilfeplattform in Deutschland für schwarze und afrikanische Frauen dar. Es existieren bereits verschiedene Selbsthilfegruppen, in denen die Frauen entweder persönlich oder online miteinander in Kontakt treten (über Facebook-Foren oder WhatsApp-Gruppen). Das Projektteam unterstützt die African Mums dabei, neue Selbsthilfegruppen aufzubauen. Im Rahmen einer Online-Workshop-Reihe zum Thema „Depressionen“ mit dem Titel „Morgens glücklich, abends traurig“ konnte eine neue Gesprächsgruppe ins Leben gerufen werden. Im Jahr 2023 beantragten die bereits bestehenden Selbsthilfegruppen der African Mums erstmals Fördermittel von den Krankenkassen. Eine Aufgabe des Projektes ist es, die Zugänglichkeit der Selbsthilfeförderstrukturen für die Organisationen zu gewährleisten.

Menschen mit familiärer Migrationsgeschichte haben positive Erfahrungen in muttersprachlichen Selbsthilfegruppen gemacht, wie Maame Adwoa Dentaa

Amoo, Geschäftsführerin der African Mums e. V. (African Mums in Deutschland 2022), während der Arbeitsgruppe „Kultursensible Selbsthilfe: Etablierung zielgruppenspezifischer Rahmenbedingungen“ im Rahmen der Fachtagung „Migrationgesellschaftliche Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung“ berichtete. Selbsthilfegruppen bieten Menschen einen sicheren Raum, um Erfahrungen auszutauschen und Erlebtes zu teilen. Gruppen dienen als „Safe Spaces“. Die Existenz solcher Austauschräume ist von großer Bedeutung. Sie geben die Möglichkeit, zu reflektieren, Unterstützung zu erfahren und Strategien zu entwickeln. Sie sind eng mit der eigenen Kultur und Herkunft verbunden. Daher sind kultursensible und muttersprachliche Selbsthilfegruppen wichtig und nicht immer deckungsgleich mit den Themen der etablierten Selbsthilfe. Insbesondere schwarze Menschen, die oft mit Rassismus und Diskriminierung konfrontiert werden, können meist nur mit Menschen aus ihrem eigenen Kulturkreis über diese spezifischen Themen sprechen. Oftmals können diese Themen auch nur in Frauengruppen besprochen werden.

Maame Adwoa Dentaa Amoo berichtet weiter, dass viele Menschen Vorbehalte gegenüber dem Austausch in Gruppen haben und erst Vertrauen aufbauen müssen, um sich zu öffnen und dabei ohne Angst vor Diskriminierung mit anderen Menschen sprechen zu können. Es ist zusätzlich wichtig, dass das, was in der Gruppe besprochen wird, vertraulich behandelt wird. Maame Adwoa Dentaa Amoo hofft, dass Selbsthilfe als Unterstützungs- und Entlastungsstruktur viele Communitys erreicht. Es ist ein Angebot, das Menschen helfen kann, ein selbstbewusstes und unabhängiges Leben zu führen. Um dafür zu werben und zu erklären, was gemeinschaftliche Selbsthilfe bedeutet, ist weiterhin eine effektive Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen des Projekts wird eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt, um unter anderem Maame Adwoa Dentaa Amos Anliegen zu unterstützen. Neben Broschüren und Flyern wird dazu vor allem Social Media genutzt. Es gibt eine Facebook- und Instagram-Seite namens „Kultursensible Selbsthilfe“, die eine abwechslungsreiche Informationsplattform zu Projektaktivitäten, Büchern, Veranstaltungen usw. bietet. Ein selbstgedrehtes mehrsprachiges Video mit dem Titel „Trau dich, geh in eine Selbsthilfegruppe und sprich mit anderen über deine Probleme“ (Selbsthilfe im Paritätischen NRW, o.J.) hat eine große Reichweite erzielt. Darüber hinaus gibt es Podcasts, in denen Selbsthilfe-Aktive zu Wort kommen und über ihre Erfahrungen in Gruppen sprechen.

Fazit

Es gibt Sprachbarrieren, Informationsdefizite und kulturelle Prägungen, die den Zugang von Menschen mit Migrationsgeschichte zu Selbsthilfeangeboten erschweren. Daher ist es sinnvoll, kultursensible Formen der Selbsthilfe anzubieten. Wichtige Multiplikator*innen für solche Angebote sind Vertrauenspersonen

in den Communitys und Fachleute aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich mit eigenem Migrationshintergrund. Es ist ein langfristiges Projekt, Menschen mit Migrationsgeschichte die Bedeutung von Selbsthilfe als Teil der Gesundheitsversorgung näherzubringen. Es ist unerlässlich, durch die Arbeit in Projekten, dieses Angebot weiterzutragen, erfahrbar zu machen und den Aufbau zielgruppenspezifischer Selbsthilfegruppen zu unterstützen.

Literatur



- African Mums in Deutschland (2022). *Changing the story of black/african women in the dach begin with us*. <https://africanmumsindeutschland.com/> (Letzter Zugriff: 04.04.2024).
- Dierks, M.-L. & Kofahl, C. (2018). *SHILD-Studie Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven*. <https://www.nakos.de/publikationen/key@6106> (Letzter Zugriff: 04.04.2024).
- Netzwerk Erzählcafé (2024). *So funktioniert ein Erzählcafé*. <https://www.netzwerk-erzaehlcafe.ch/erzaehlcafe/> (Letzter Zugriff: 04.04.2024).
- Selbsthilfe im Paritätischen NRW (o.J.). *Mehrsprachig, Trau dich, geh in eine Selbsthilfegruppe! Du bist nicht alleine mit deinem Problem und sprich mit anderen über deine Probleme* (YouTube Video). <https://www.youtube.com/watch?v=vdjMgkux2f8> (Letzter Zugriff: 04.04.2024).
- SELBSTHILFENETZ.DE (o. J.). *Selbsthilfegruppen in NRW finden*. <https://www.selbsthilfenetz.de> (Letzter Zugriff: 04.04.2024).
- Statistisches Bundesamt (12.04.2022). *Pressemitteilung Nr. 162. Gut jede vierte Person in Deutschland hatte 2021 einen Migrationshintergrund*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_162_125.html#:~:text=WIESBADEN%20-%20Im%20Jahr%202021%20hatten,%3A%2021%2C9%20Millionen (Letzter Zugriff: 04.04.2024).

Zu den Autor*innen

Sati Arikpinar, Dipl. Soz.päd. und Interkulturelle Trainerin, war Mitarbeiterin im Gesundheitszentrum für Migrant*innen Köln und Koordinatorin im Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration (SPKoM) für die Region Köln. Aktuell arbeitet sie bei interKultur e.V. als Einrichtungsleiterin im Bereich Stationäre Hilfe für geflüchtete Jugendliche.

Lilian Abike Ayoola, M.A., studierte Philosophie mit dem Schwerpunkt Angewandte Ethik an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Als Studentin der Sozialen Arbeit war sie wissenschaftliche Hilfskraft am Zentrum für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste der Universität Siegen.

Helen Baykara-Krumme, Prof. Dr. habil., ist Professorin für Soziologie mit dem Schwerpunkt Migration und Teilhabe an der Universität Duisburg-Essen. Sie forscht zu Migration und Transnationalisierung, Integration und Teilhabe, zu familialen Prozessen und Familienbeziehungen sowie organisationalem Wandel im Migrationskontext.

Simone Heil, Dipl.-Päd./Trainerin für Interkulturalität und Diversität, ist seit 30 Jahren im Bereich der Sozialpsychiatrie in verschiedenen Arbeitsbereichen tätig. Aktuell arbeitet sie in einer Beratungsstelle für Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte und ist im Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration für die Region Düsseldorf und Rhein-Kreis Neuss zuständig.

Lioba Heuel, Dipl. Soz.päd., ist Fachreferentin Selbsthilfe/-Kontaktstellen beim Paritätischen NRW und Leiterin des Projekts „Kultursensible Selbsthilfe: Chancen ermöglichen, Potentiale heben“.

Tae Jun Kim ist Soziologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) und forscht zu der Frage, wie sich Rassismus anhand von quantitativen Methoden messen lässt.

Michael Krennerich, Prof. Dr., ist Professor für Politikwissenschaft an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und wissenschaftlicher Leiter des FAU-Forschungszentrums „Center for Human Rights Erlangen-Nürnberg“ (CHREN). Zugleich ist er Vorsitzender des Nürnberger Menschenrechtszentrums e. V. (NMRZ).

Martin F. Reichstein, Dr., ist Akademischer Rat in der Fakultät II der Universität Siegen und Geschäftsführer des Zentrums für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste der Universität Siegen. Er lehrt und forscht zu den Themen Hilfen für Menschen mit Behinderungen, Komplexe Unterstützungsbedarfe und Sozialraumorientierung.

Asita Shirali Dikloo, M.Sc. Psychologische Psychotherapeutin, studierte an der Universität Düsseldorf und Witten/Herdecke Psychologie sowie Allgemeine Psychotherapie an der Universität Bern. Ihre Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie absolvierte sie am dgvt-Institut in Dortmund. Sie ist in einer Migrations- und Traumaambulanz in Neuss sowie in einer Psychotherapiepraxis des gesundheitlichen Regelsystems tätig. Ihre Schwerpunkte sind unter anderem transkulturelle Psychotherapie sowie Traumatherapie.

Heike Winzenried, Dipl. Soz.päd., M. A., ist Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Universität Siegen und Mitglied im Zentrum für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste der Universität Siegen. Sie lehrt und forscht zu Sozialer Arbeit in der Migrationsgesellschaft, zu transnationalen Familien sowie Migration und Behinderung.

ZPE-Fachtagung

Migrationsgesellschaftliche Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung

26.10.2023, Universität Siegen, hybride Veranstaltung

PROGRAMM

9 Uhr	Begrüßung und Einführung <i>Dr. Martin F. Reichstein, Universität Siegen, Geschäftsführer ZPE</i> <i>Heike Winzenried, Universität Siegen, ZPE</i> <i>Sati Arikpinar, SPKoM Köln</i>
9.15 Uhr	Das Menschenrecht auf Gesundheit <i>Prof. Dr. Michael Krennerich, Universität Nürnberg-Erlangen (online)</i>
9.45 Uhr	Migrationsgesellschaftliche Öffnung von Organisationen <i>Prof. Dr. Paul Mecheril, Universität Bielefeld (online)</i>
11 Uhr	Migrantische Repräsentation und Teilhabe in zivilgesellschaftlichen Organisationen für Menschen mit Behinderung <i>Prof.'in Dr.'in Helen Baykara-Krumme, Universität Duisburg-Essen</i>
12.15 Uhr	Traumasesibler Umgang mit Geflüchteten <i>Asita Shirali Dikloo, Psychologin (M.Sc.) und Psychotherapeutin, Trauma- und Migrant*innenambulanz Neuss, Psychotherapeutische Regelpraxis</i>
14 Uhr	Sprachbarrieren durch Musik überwinden <i>Hakan Sezgin, Musiktherapeut (online)</i>
14.30 Uhr	Arbeitsgruppen AG 1: Öffnung des Regelsystems für traumatisierte Geflüchtete <i>Asita Shirali Dikloo, Psychologin (M.Sc.) und Psychotherapeutin</i> AG 2: Sprach- und Integrationsmittlung in der psychosozialen Beratung als ein Tool der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) <i>Sati Arikpinar, SPKoM Köln, Simone Heil, SPKoM Mittleres Rheinland</i>

	<p>AG 3: Kultursensible Selbsthilfe: Etablierung zielgruppenspezifischer Rahmenbedingungen <i>Lioba Heuel, Der Paritätische NRW und Silke Goldbach, Selbsthilfekontaktstelle, Diakonie in Südwestfalen, Siegen</i></p> <p>AG 4: Diskriminierung im Gesundheitswesen – Ergebnisse aus dem Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) <i>Tae Jun Kim, Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (online)</i></p>
16 Uhr	<p>Diskussion der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen Moderation: <i>Prof. Dr. Johannes Schädler, Universität Siegen, ZPE</i></p>
16.30 Uhr	<p>Schlusswort <i>Sati Arikpinar und Heike Winzenried</i></p>

Migration ist gesellschaftliche Normalität und zugleich eine Herausforderung für Soziale Dienste in einer sich wandelnden Gesellschaft. „Migrationsgesellschaftliche Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung“ lautete der Titel einer Fachtagung des Zentrums für Planung und Entwicklung Sozialer Dienste (ZPE), die am 26. Oktober 2023 an der Universität Siegen stattfand. Im Rahmen der Veranstaltung wurde aus theoretischer und praxisorientierter Perspektive analysiert und diskutiert, wie Öffnungsprozesse in Gesundheits- und Beratungseinrichtungen zu gleichberechtigter Teilhabe in einer Migrationsgesellschaft beitragen können.

Der Tagungsband versammelt Beiträge der Veranstaltung, die sich aus menschenrechtlicher, diskriminierungskritischer, organisationaler und psychosozialer Sicht mit dem Tagungsthema auseinandersetzen. Ergänzt werden sie durch einen Aufsatz über rechtliche Zugangs- und Teilhabebarrrieren sowie zwei Berichte aus den Workshops der Tagung zu migrationsbezogenen Öffnungsprojekten.