

6 Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie

Therapie und Beratung von Migranten

Thomas Hegemann

„Es ist nicht genug zu wissen, man muß auch anwenden;
es ist nicht genug zu wollen, man muß auch tun.“

| Johann Wolfgang von Goethe

| Systemisch-interkulturell denken und handeln

In Migrationsgesellschaften, wie den unsrigen, können psychosoziale Services nur dann professionell arbeiten, wenn dem kompetenten Umgang mit dem Kulturen die gleiche fachliche Bedeutung zugemessen wird, wie professionellem Wissen im eigenen Fachgebiet, wie kommunikativen Kompetenzen, wie beraterischen Haltungen und Hintergrundwissen. Die Frage ist, welche interkulturellen Kompetenzen wir brauchen und wie diese dem Einzelnen und professionellen Gruppen und Teams vermittelt werden und wie diese in Institutionen eingeführt werden.

Dieser Beitrag stellt hierzu ein Konzept von Kultur für beraterische Settings vor, die wichtigsten Aspekte interkultureller Kompetenz sowie bewährte Modelle, wie diese in strukturierten Trainingsprogrammen vermittelt werden. Abschließend werden Rahmenbedingungen beschrieben, die sich als nützlich erwiesen haben, um in Institutionen, Verbänden und Fachgesellschaften eine Kultursensibilität zu fördern, die für ein interkulturelles Qualitätsmanagement Voraussetzung ist.

6.1 Kultur

6.1.1 Kultur und Dynamik

Türkisch ist nicht gleich türkisch, katholisch ist ebenso wenig homogen wie islamisch, und Begriffe wie bayerisch oder schweizerisch unterliegen einer ständigen Neudeinition wie alle anderen Zuschreibungen oder Selbst-Beschreibungen. Deshalb schlage ich hier den Kulturbegriff der amerikanischen Therapeutin Ceila Falicov vor, der gegenüber vielen anderen den großen Vorteil hat, dass er explizit auf die dynamische Veränderung von Kulturen fokussiert, die überall zu beobachten ist.

Dimensionen von Kultur

Kultur
Kultur ist ein für uns alle geltender Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen, welche einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln und zwar in Abhängigkeit von unserer Teilhaben an unterschiedlichen Kontexten (Falicov, 1995 b, Übersetzung vom Autor).

Kultur und Kontext

Als Erklärung für die unterschiedlichen und dynamischen Ausdrucksformen von Kultur bietet diese Kulturdefinition die Teilhabe unterschiedlicher Individuen und Kollektive an verschiedenen Lebenswirklichkeiten an. Beispiele sind ein städtischer oder ländlicher Lebensraum, eine bestimmte Familienorganisation, Sprache, Religion, Erziehung und Ausbildung sowie sexuelle Orientierung, Alter, Geschlecht, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Status, Hautfarbe, politische Ausrichtung sowie Migration und Akkulturation.

Daraus folgt, dass die Komplexität einer Kultur nur verstanden werden kann, wenn soziale und ökonomische Kontexte berücksichtigt und ihre dynamische Entwicklung beachtet werden. Denn anders als homogene Gruppen oder Menschen, wie sie aus einer ethnologisch orientierten Perspektive üblicherweise beschrieben werden, sind Gruppen oder einzelne Menschen, die sich durch Teilhaege an gleichen oder multiplen Kontexten auszeichnen, viel unvorhersehbarer.

BEISPIEL

Eine kurdische Frau

Sie kann eine traditionelle Frauenrolle leben, die die strikte Unterordnung unter männliche Familienmitglieder erfordert und den Lebensinn in den Kindern sieht, sie kann sich mit der kemonistischen Staatsidee der modernen Türkei identifizieren und sich für die wirtschaftliche oder wissenschaftliche Entwicklung dieses Landes einsetzen, sie kann mit beiden Lebenskonzepten gebrochen haben und ein „typisch westliches“ an persönlicher Autonomie ausgerichtetes Lebenskonzept haben, und dies mit heftigen Konflikten mit der Herkunfts Familie oder in einem abgestimmten Dialog mit dieser. Alle diese Formen sind denkbar oder Mischformen oder auch ganz andere Konzepte.

In Qualifizierungsmaßnahmen, die auf einem multidimensionalen Kulturverständnis beruhen, geht es um das Zusammenwirken verschiedener Lebenszusammenhänge und eine dynamische Entwicklung. Diese Dynamik wird von Medizin-Ethnologen (Ingold, 1986; Krause, 2001) in drei verschiedenen Dimensionen beschrieben: eine generative, eine interaktive und eine konstitutive Dimension von Kultur.

Generative Dimension. Sie umfasst all das, was mit dem Wahrnehmen und Erlernen von Handeln in den verschiedenen Lebensaltern zu tun hat – also die Sozialisation. Gemeint ist alles bewusste und unbewusste Wissen darüber, wie man etwas macht, z. B. Sprachen, Berufe oder spezielle Fertigkeiten ebenso wie das Lernen von Lernen (Bateson, 1991). Dazu gehören auch die biologischen Abläufe des Lebens wie Gebären und Sterben, Essen und Sauberkeit, Sex und Verabschiedung etc.

Interaktive Dimension. Sie betrifft die Veränderung der generierten habituellen Muster im sozialen Erleben mit anderen (Ingold, 1986). Hier bilden konkrete Erfahrungen das Bindeglied zwischen der individuell-subjektiven und der sozialen Welt. Auf welche Weise Individuen habituelle Muster reproduzieren oder modifizieren, hängt ebenso von ihrer Erfahrung wie dem Grad ihrer Bewusstheit ab.

Konstitutive Dimension. Sie betrifft den Wandel habitueller kultureller Muster. Ein Beispiel wäre die Art und Weise, wie eine deutsche, österreichische oder schweizerische Person Beratung oder Therapie in der Interaktion mit anderen (aus der angestammten oder zugewanderten Kultur) aktuell gestaltet. Jede einzelne formt durch ihr Handeln zeitgenössische Vorstellungen zu Professionalität mit. Neue habituelle Muster entwickeln sich dann, wenn ein solches Muster im Lauf der Zeit von immer mehr Menschen reproduziert wird.

Im Grunde genommen kommen generative, interaktive und konstitutive Dimensionen von Kultur in allen kulturellen und sozialen Alltagsprozessen vor. Dennoch ist eine inhaltliche Unterscheidung der drei Elemente sinnvoll, da dies verdeutlicht, dass Kultur kein fest umrissenes Gebilde ist, sondern ein komplexer, dynamischer Prozess (Krause, 2001).

6.1.2 Interkulturelle Kompetenz

Interkulturelle Kompetenz ist ein eher unscharfer Begriff, der sich nur schwer fassen lässt. In der ethnologischen Literatur, vor allem im englischsprachigen Bereich, wird seit langem eine Diskussion darüber geführt, aus welchen Perspek-

ÜBERSICHT

Inhalte interkultureller Kompetenz

- Medizin/ethnologisches Verständnis – vor allem zu Fragen von Gesundheit und Krankheit, sozialen Rollen und Gender, familiären Lebenszyklen;
- Kenntnisse der kulturellen Traditionen der eigenen Profession und Institution;
- Vertrautheit mit den sozialen Kontexten – einschließlich der relevanten Migrationsbewegungen, Psychologie von Migration, Psychologie von Minoritätenstatus und Diskriminierung, Ausländergesetzgebung;
- Haltung der Allparteilichkeit;
- Gestaltung interkulturell förderlicher Arbeitsbedingungen in Institutionen, vor allem: kulturoorientierte Personalpolitik, epidemiologische Forschung und Bestandsmerkmalserhebung, Bereitstellung von Dolmetscher- und Übersetzungsdiensten, Einführung von interkultureller Kompetenz in die Standard-Curricula, interkulturelles Qualitätsmanagement.

tiven kulturelle Unterschiedlichkeiten betrachtet werden können. Schon sprachlich markieren jeweils neu eingeführte Begriffe wie transcultural, intercultural und cross-cultural die jeweiligen Perspektivenwechsel. Der schwer ins Deutsche übersetzbare Begriff cross-cultural beschreibt am besten den aktuellen und auch in diesem Beitrag vorgestellten Ansatz, welcher auf die kulturelle Determiniertheit jedes psychiatrischen, therapeutischen und medizinischen Vorgehens unter gleichzeitiger Reflexion der kulturellen Einbettung sowohl der Klienten wie der Professionen fokussiert (Kleinman, 1987; Littlewood, 1992; Krause, 1998).

Sprachlich würde im Deutschen kulturmässig wohl noch am besten passen; solange sich bei uns noch kein besserer Begriff durchgesetzt hat, werden wir wohl weiter mit der Unschärfe dieser Begriffe leben müssen. Ich möchte aus dem von den Herausgebern (s. Kap. 1) genannten Gründen hier die Begrifflichkeit des Interkulturellen benutzen.

Umgang mit Unterschiedlichkeit

Interkulturelle Kompetenz ergibt sich aus dem kompetenten Umgang mit kultureller Unterschiedlichkeit und der Herstellung von Kooperation in einer solchen Unterschiedlichkeit. Daher haben sich zur Erweiterung interkultureller Kompetenz multidimensionale Ansätze bewährt, die die unterschiedlichen Lebenszusammenhänge beleuchten, in denen Menschen aktuell leben und in denen sie und ihre Familien früher gelebt haben. Kultur wird in diesem Zusammenhang in einen sozialen Rahmen gesetzt und als dynamisch und sich ständig verändernd angesehen.

Eine interkulturelle Kompetenz wird weder durch die Herkunft aus einer bestimmten Region oder einem umschriebenen kulturellen Umfeld garantiert noch durch die Beherrschung von Fremdsprachen. Auch der Erwerb eines mehr oder weniger großen Hintergrundwissens über die Andersartigkeit von Menschen aus anderen Kulturen (s. a. Hofstede, 1993) und über spezielle Methoden für den Umgang mit ihnen mag hilfreich sein, birgt aber immer das Risiko von Stereotypisierungen.

Vermittlung interkultureller Kompetenzen

Interkulturelle Kompetenzen lassen sich am besten vermitteln, wenn es, wie bei jedem Lernen, einen stetigen Wechsel gibt zwischen Vermittlung von Wissen und den Erfahrungen der Lernenden, wenn auf Wünsche und bisherige Erfahrungen der Lernenden Bezug genommen und Neugier gefördert wird. Voraussetzungen dafür sind passende Lernmethoden und institutionelle Rahmenbedingungen.

Ethnologisches Verständnis

Aus den genannten Gründen ist es nicht nur unrealistisch, die Spezifitäten von über hundert bei uns lebenden ethnischen und kulturellen Gruppen detailliert kennenzulernen. Es ist auch nicht sinnvoll, denn nicht so sehr Detailkenntnisse erweitern das interkulturelle Wissen, sondern eher ein vertieftes Verständnis der kulturellen Bedingtheit jeden menschlichen Handelns und jeder Kommunikation.

Basis interkultureller Kompetenz

! Ein Verständnis von Konzepten zur sozialen Konstruktion kultureller Weltbilder im Allgemeinen und zu beratungs- und therapierelevanten Aspekten des Lebens im Speziellen ist die Basis interkultureller Kompetenz.

Denkmodelle

Die auch in einem anderen Beitrag dieses Bandes (s. Kap. 4) dargestellten systemischen Denkschulen (Übersicht bei Schiepek, 1999), insbesondere die konstruktivistische (Übersicht bei Förster et al., 2002) und sozial-konstruktivistische (Übersicht bei Gergen, 2002), führen vertieft in dieses Denken ein. Dafür wurden in den letzten Jahren ausgedehnte Schulungsmodelle entwickelt (Systemische Gesellschaft, 2003). Zu den eingesangswerten erwähnten Denkmustellen der Cross-cultural Psychiatry, welche aus einer medizin-ethnologischen Tradition kommend dieses Denkmodell an vielen kulturellen Beispielen darstellen, liegen

mittlerweile erste Übersichten auf Deutsch vor (Littlewood, 2001; Krause, 2001; Hörbst & Lenk-Neumann, 2002).

Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die Frage der Sichtweise des eigenen Selbst. Wie wird die Beziehung zum eigenen Körper, zu sozialen Rollen, zu Familie, größeren Gemeinschaften und Freunden, zur belebten und unbelebten Natur, zur übersinnlichen und spirituellen Welt gesehen. Keine dieser Beziehungen kann losgelöst von der Geschlechtsrolle erlebt und daher auch betrachtet werden.

Autonomie und Gemeinschaft. Auf der praktischen Ebene ergeben sich erfahrungsgemäß die meisten Schwierigkeiten, wenn individualistische, die Autonomie des Einzelnen betonende kulturelle Vorstellungen auf kommunalistische, die Einbettung des Einzelnen in soziale Gemeinschaften betonende kulturelle Haltungen aufeinander treffen. Auch wenn sich Individuen auf einem Kontinuum zwischen diesen Polen bewegen, gilt es in jeder einzelnen Beratungssituation kulturelle Sichtweisen erneut zu klären und Überschneidungen auszuhandeln, um Kooperation herstellen zu können.

6.2 Schwerpunkte interkultureller Kompetenztrainings

6.2.1 Gesundheit und Krankheit

Fragen von Gesundheit und Krankheit berühren unmittelbar die Sichtweise zum eigenen Selbst, zum eigenen Körper, zu sozialen Beziehungen und zur spirituellen Welt (Krause, 1998, 2002).

Fragen zu Gesundheit und Krankheit. Es gilt Fragen zu erörtern wie:

- Was erleben wir als gesund und krank?
 - Welche Störungen unseres Wohlbefindens gelten als Krankheit und welche nicht?
 - Wie erleben wir Gesundheit und Krankheit – im Körper und in Beziehungen?
 - Was führt zu Gesundheit und was zu Krankheit?
 - Welche Vorgehensweisen sieht unsere jeweilige Kultur bei Beeinträchtigungen der Gesundheit vor?
 - Wann Medizin? Wann Diät?
 - Wann Entlastung von Pflichten und Aufgaben? Wann Verhaltensänderungen – eigene und anderer?
 - Wann Gebet oder Riten?
- Logischerweise folgt daraus eine kritische Reflexion der diagnostischen Klassifikationskriterien, wie sie typischerweise in DSM oder ICD niedergelegt wurden.

(Jong, 2001). Erst die Vertrautheit mit den Vorstellungen über Gründe und Ursachen von Störungen und Krankheiten erlaubt es, gemeinsam nach passenden Lösungen zu suchen.

6.2.2 Soziale Rollen und Gender

Die häufigsten Missverständnisse und Probleme in der Praxis lassen sich jedoch nicht allein aus unterschiedlichen Krankheitsverständnissen und diesbezüglichen Bewältigungsideen erklären, sondern weit häufiger aus unterschiedlichen Rollenverständnissen. In allen Begegnungen haben für Außenstehende kaum durchschaubare gegenseitige Erwartungshaltungen (Was wird von mir erwartet?) weitreichende Bedeutung. Eine Auseinandersetzung mit geschlechtlichen, generativen und professionellen Rollen ist daher in interkulturellen Trainings sinnvoll (Krause, 1998, 2001, 2002).

Fragen zu sozialen Rollen. Es gilt folgende Fragen zu erörtern:

- Welche Rechte und welche Pflichten ergeben sich aus meiner Geschlechtsrolle, meiner Generationenrolle, meiner professionellen Rolle?
- Wie verhalte ich mich meinen Rollen entsprechend angemessen?
- Wie spreche ich zu Personen des gleichen und des anderen Geschlechts? Wie zu Jüngeren? Wie zu Älteren?
- Wer gilt als Familie? Wer als Freund? Wer als Fremd?
- Wie verhalte ich mich, wenn man mir unangemessen begegnet?
- Wie drücke ich Respekt und wie Ärger aus?

Die Grundgedanken und Trainingsmodule des Gender Mainstreaming (Europäische Kommission, 2003) haben sich für die interkulturelle Arbeit als besonders hilfreich erwiesen.

6.2.3 Familiäre Lebenszyklen

Eine weitere Dimension für das Verstehen menschlichen Verhaltens sind die unterschiedlichen Phasen des Lebens- oder Familiencyklus (s. Kap. 2). Für Menschen aller Kulturen stellen Partnerbeziehung, Geburt, Trennung, Berufsleben, Tod und Verlust typische Phasenübergänge dar. Diese sind Zeiten erhöhter Vulnerabilität, in denen es zu charakteristischen Interessengegensätzen und Konfliktmustern in den Familien kommen kann. Die Literatur weist darauf hin, dass in diesen Vulnerabilitätszeiten gesundheitliche und psychiatrische Symptomatiken gehäuft auftreten. Alle Kulturen haben für diese Phasenübergänge Riten entwickelt (Gennep, 1999), die sich für therapeutische Gespräche sehr gut nutzen lassen.

Fragen zu familiären Lebenszyklen. Es gilt Fragen zu erörtern wie:

- Wie sieht meine Kultur den jeweiligen Phasenübergang vor?
- Welche Rechte und welche Pflichten ergeben sich aus der nächsten Phase?
- Welche Hilfestellungen und welche Korrekturen sieht die jeweilige Kultur vor?
- Welche Riten markieren den jeweiligen Übergang und betten ihn in einen sozialen Rahmen? Wie lassen sich diese Riten jetzt nutzen?

6.2.4 Eigene kulturelle Traditionen

Die Art und Weise, wie im eigenen Land die Gesundheitsversorgung, die sozialen Sicherungssysteme, das Rechtswesen, die öffentliche Ordnungssicherung (und jede andere Profession) betrieben, gestaltet und umgesetzt werden, ist Ausdruck kultureller Traditionen. Diese haben sich aus unserer speziellen geografischen und historischen Situation herausgebildet und zeigen bereits im Vergleich zu unseren nächsten Nachbarn beeindruckende Unterschiede auf.

Auch unabhängig von der Situation der Migrantinnen und Migranten können innerhalb der einzelnen Professionen höchst unterschiedliche Sichtweisen über Sinn und Zweck bestimmter Institutionen und deren Arbeitsweise vorhanden sein. Allein die Schulentwicklung in der Psychotherapie bietet dafür täglich anschauliche Beispiele. Sinn einer solchen Reflexion ist es, auf implizite und explizite Diskriminierungen, welche in Servicediensten aller Kulturen zu beobachten sind, aufmerksam zu werden, um Zugangsbarrieren abbauen zu können (Fernando, 2001).

Fragen zur eigenen kulturellen Tradition. Es gilt Fragen zu erörtern wie:

- Welche Institutionen und welche Professionen sind bei uns und welche in anderen Kulturen für welche Probleme zuständig?
- Welche historischen und politischen Gründe gibt es für diese Entwicklung?
- Wie sehe ich meine eigene professionelle Rolle?
- In welchen Punkten stimme ich mit den Traditionen meiner Berufsgruppe, meiner Institution, meines Verbandes überein? In welchen nicht?
- Für welche Aufgaben bewahren sich die Traditionen der einen oder der anderen Kultur?
- Welche Traditionen haben sich für bestimmte Aufgaben nicht bewährt und sollen daher fortentwickelt werden?
- Welche Traditionen grenzen bestimmte Gruppen aus dem generellen Service aus und bedürfen daher einer besonderen Aufmerksamkeit?

6.2.5 Lebenswirklichkeit

Wie oben beschrieben, kann die kulturelle Determiniertheit von Verhalten nur verstanden werden, wenn man sich mit den vergangenen und aktuellen Lebenswirklichkeiten der Menschen vertraut macht. Auch wenn im Umgang mit Migrierten kulturelle Unterschiede auffallen, ist für eine professionelle Beratung die Beachtung der Lebenswirklichkeiten, in der die Klientinnen aktuell leben und zuvor gelebt haben, von zentraler Bedeutung.

Dieser Ansatz geht davon aus, dass professionelle Beratung nur wirksam sein kann, wenn Professionelle sich mit der Lebenswirklichkeit ihrer Klientinnen und Klienten vertraut machen und die lokalen Gegebenheiten kennen. Nachdrücklich muss darauf hingewiesen werden, dass die Mehrzahl der Migrierten in sozial unterprivilegierten Bedingungen lebt und daher mit den gleichen Belastungen zuretkommen muss, wie vergleichbare Gruppen der angestammten Bevölkerung.

Die „Kultur“ der Unterprivilegierung mit allen ihren Begleiterscheinungen wie Arbeitslosigkeit, Armut, schlechte Wohn-, Gesundheits- und Bildungsveraussetzungen sind für viele Betroffenen weit einschneidender als kulturelle Fremdheit und potenziert diese meistens noch. In Schulungen gilt es daher, die Aufmerksamkeit für die Zusammenhänge zwischen psychischem, körperlichem und sozialem Leid zu fördern. Interkulturelle Beratung und Therapie ist daher ohne sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Grundkenntnisse und eine Vertrautheit mit den lokalen Communities (Seibert, 2001) und der lokalen Versorgungslandschaft kaum vorstellbar.

Fragen zur Lebenswirklichkeit. Hier einige orientierende Schwierpunkte zu Lebenswirklichkeiten:

- Wie sind die Betroffenen in Netzwerke eingebunden? (Familie, Freunde, Nachbarschaft, Arbeitskollegen, religiöse Gemeinschaften, Vereine, Parteien etc.)
- Wie sind die aktuellen Lebensbedingungen? (Situation: Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Sprache, Gesundheitsversorgung etc.)
- Wie ist der Migrationsstatus der Betroffenen und ihrer Familien? (Situationsrechtlich, psychologisch, gesundheitlich, Identität, Anpassung etc.)

Bedingungen von Migration und Minoritätenstatus

Wanderungsbewegungen. Mit den für die jeweilige Region typischen und den häufigsten Minoritäten- und Migrantenevölkerungen sollten Berater vertraut sein (Übersicht bei Bade, 1993; Beauftragte der Bundesregierung, 2001).

Psychologische Dimensionen und Anpassungsprozesse. Shuzki (2001) bietet dazu eine gute Übersicht und beschreibt die für einzelne Migrationsphasen sinnvollen Beratungsinterventionen. Dabei kann nicht nachdrücklich genug hervorgehoben werden, dass Migration nicht nur Stress mit sich bringt, sondern durch den Zugriff auf verschiedene kulturelle Lösungsmodelle vielen Menschen auch Chancen bietet (Geiger, 2002).

Psychische Folgen von Minoritäts situation und Diskriminierung. Persönliche oder kollektive Erfahrung von Diskriminierung und offenem oder institutionellem Rassismus erklären Vorbehalte, die für beide Seiten beziehungsgestaltend sein können. Hier gilt es, bei realistischer Einschätzung gesellschaftlicher Wirklichkeiten, Rassismus als ein kulturrübergreifendes Phänomen anzuerkennen und damit aufmerksamer umzugehen (Fernando, 2001).

Grundkenntnisse der jeweiligen Ausländergesetzgebung. Rechtliche Einschränkungen stellen für viele Beratungssettings einen höchst relevanten Kontext dar – am augentäglichsten in der Suchtberatung. Gute Übersichten stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen vor und weisen auf die sich daraus ergebenen Vorbehalte der KlientInnen hin (Huber, 2001).

6.2.6 Haltung der Allparteilichkeit

Neben der Fachlichkeit im jeweiligen Aufgabengebiet und der Beachtung der beschriebenen kulturellen und sozialen Hintergründe gehört zum Standard interkultureller Kompetenz eine Haltung der Allparteilichkeit. Dies betrifft sowohl eine Allparteilichkeit zu Personen, zu kulturellen Werten als auch der ganz zentralen Frage, ob Verhaltensänderungen überhaupt angebracht sind.

Cecchin (1988) hat diese am besten als anteilnehmende oder wohlwollende Neugier bezeichnet. Im interkulturellen Bereich wird diese in besonderer Weise belastet. Besonders häufig geschieht das dadurch, dass Professionelle

- mit Wert- und Lebenshaltungen konfrontiert werden, die von den eigenen abweichen oder diesen mehr oder weniger deutlich widersprechen;
- einzelne Personen vor den kulturellen Werthaltungen der eigenen Familie oder ihrem kulturellen Umfeld schützen wollen;
- sich durch kulturell ungewohnte Verhaltensweisen der Klienten getäuscht fühlen;
- sich in hierarchische Zwänge eingebunden fühlen, durch die sie eine Einschränkung eigenen Handelns erleben;
- die politischen oder administrativen Vorgaben, von denen Migrierte betroffen sind, persönlich ablehnen.

Eine Haltung der Neutralität nimmt an, dass Menschen grundsätzlich in der Lage sind, ihre Probleme zu bewältigen, und dass wir am besten von denen lernen können, denen dies mit eigenen Mitteln und ohne beraterische und therapeutische Hilfe gelingt. Systemische Konzepte haben dazu ein Fragenrepertoire entwickelt (s. Kap. 12, 17), welches in strukturierten Trainings erlernt werden kann (Hegemann et. al., 2000; Rech-Simon & Simon, 2003).

6.3 Interkulturell kompetente Institutionen

6.3.1 Lernende Organisation

Alle genannten Dimensionen interkultureller Kompetenz in Beratung und Therapie der psychosozialen und medizinischen Praxis können nur gepflegt und ausgebaut werden, wenn es gelingt, eine Lernkultur zu etablieren, in der die Repräsentanten unterschiedlicher kultureller und professioneller Herkunft voneinander und miteinander lernen. Wie in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch ist eher eine institutionelle Kultur anzustreben, die in letzter Zeit mit dem Schlagwort der lernenden Organisation (Senge, 1999) beschrieben wurde.

Es gilt Feed-back-Schleifen einzuführen, die ein Lernen aus der Praxis ermöglichen und Erfahrungen, die im Umgang mit Patienten gesammelt werden, in der Gestaltung von Rahmenbedingungen umzusetzen. Dazu gehört im Besonderen die Förderung persönlicher Kompetenzen, die dem Einzelnen gestatten, sich in beruflichen und institutionellen Kontexten bewegen zu können. Als Systemkompetenz (Kriz, 2000) wird dies am besten beschrieben. Auch die in neuester Zeit immer stärker diskutierten emotionalen Kompetenzen (Steiner & Perry, 1999) sind für diese Aufgaben notwendig.

6.3.2 Gestaltung von Rahmenbedingungen

Die Entwicklung in anderen Ländern hat gezeigt, dass interkulturelle Qualität in der psychosozialen Versorgung im Wesentlichen ein strukturelles und damit nur bedingt ein fachliches Problem ist. Veränderungen werden daher neben der Qualifizierung Einzelner in erster Linie über die Gestaltung günstiger Rahmenbedingungen zu erreichen sein. Hierzu liegt eine Reihe von Konzepten vor (Littewood & Lipsedge, 1997; Salman, 1998; IAF, 2000; Hegemann, 2001; Schröer & Handschuk, 2003).

Kulturorientierte Personalpolitik. Interkulturelles Lernen wird am besten durch gefördert, dass durch eine gezielte Einstellung und Nachwuchsförderung interkulturelle Teams aufgebaut werden (Pavkovic, 2001).

Epidemiologische Forschung und Bestandserhebung. Nur eine Verbesserung der Bestandserhebung über die einzelnen Populationen und ihre Bedürfnisse, über die Ergebnisse der eigenen beraterischen und therapeutischen Arbeit und der Vergleich im regionalen und überregionalen Bereich gestatten eine Überprüfung und Verbesserung des eigenen Handelns.

Bereitstellung von Dolmetscher- und Übersetzungsdiensten. Die Überwindung von Sprachbarrieren wird von allen Fachleuten und Betroffenen als der vordringlichste Schritt zur Entwicklung interkultureller Qualität angesehen. Es liegen dazu international bewährte Modelle vor (Salman, 2001 b, s. Kap. 7).

Einführung von interkultureller Kompetenz in die Standard-Curricula. Alle in diesem Beitrag beschriebenen Dimensionen interkultureller Kompetenz lassen sich in die Standard-Curricula der für Beratung und Therapie relevanten Berufsgruppen ohne größeren Aufwand einführen, wie in einer Reihe von Ländern gezeigt wurde. Auch im deutschen Sprachgebiet wurden dafür Modelle entwickelt (Domenig, 2001; Hegemann, 2001; Machleidt, 2002).

Interkulturelles Qualitätsmanagement. Eine aktive Antidiskriminierungspolitik (Cohn-Bendit & Schmid, 1993), die eine gleichzeitige Thematisierung der strukturellen Benachteiligung ethnisch/kultureller Minderheiten auf so unterschiedlichen Ebenen wie der Gesetzgebung, dem Arbeitsschutz, der Patientenlobby, der Angehörigenlobby, den beruflichen Fachverbänden, der Forschung, der Personal- und Gewerkschaftsvertretung und dem Unterrichts- und Ausbildungswesen gesetzlich fordert, ist in den deutschsprachigen Ländern momentan nicht durchsetzbar. Das Beispiel der Niederlande und Dänemarks zeigt, dass der Wähler eine solche auch wieder revidieren kann. Immer und überall haben Institutionen oder Verbände aber Möglichkeiten, sich aktiv für ein interkulturelles Qualitätsmanagement zu entscheiden, wofür es auch bei uns ermutigende Beispiele gibt (Machleidt, 2002; Schröer & Handschuh, 2003).

Kernaussagen

! Unabhängig davon, wie man sich zur Zuwanderung und Multikulturalität persönlich positioniert, macht die immer größer und komplexer werdende Vielfalt von Wert- und Lebenshaltungen in unserer Bevölkerung interkulturelle Qualität und Kompetenz in psychosozialen Servicediensten unumgänglich. Sie ist eine Voraussetzung zur Schaffung von Kooperation in Beratung und Therapie, die allen zugute kommt – Patienten und Professionellen –, nicht nur Migrantinnen und Migranten!

Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, mit Menschen eines fremden kulturellen Hintergrundes kommunizieren zu können. Dazu gehört:

- sich über die unterschiedlichen Dimensionen des kulturellen Hintergrundes anderer kundig machen zu können,
- sich über den kulturellen Hintergrund des eigenen Handelns klarer zu werden,
- sich der Relativität von Werten bewusst zu sein,
- Stereotypen nicht zu erliegen,
- sich verbal und nonverbal für beide Kulturen akzeptabel ausdrücken zu können,
- mit Menschen unterschiedlicher Kulturen gemeinsam Realitäten und Lösungen finden zu können,
- mit Dolmetscher arbeiten zu können.

Weiterführende Literatur

- Hegemann, T. & Salman, R. (2001). Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
Schlippe, A. v., El Haschimi, M. & Jürgens G. (2003). Multikulturelle Systemische Praxis. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
Krause, I.-B. (1998) Therapy Across Culture. London: Sage.
www.istob.de (Institut für Systemische Therapie und Organisationsberatung)
www.bayzent.de (Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin)
www.jichschafts.com (lösungsorientiertes Trainingssprogramm)

!