



Leitfaden

zur Erweiterung der Interkulturellen Kompetenz in der psycho-sozialen Begleitung, Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Migrationsgeschichte – am Beispiel afrikanischer Herkunft südlich der Sahara.

Entstanden im Rahmen des praxisorientierten Pilotprojekts zur Förderung der **seelischen Gesundheit** von **AfrikanerInnen** in der **Migration** durch **Empowerment** und Verbesserung ihres Zugangs zu psychosozialen Diensten

„Der Mensch ist gleichzeitig Gesellschaft, Familie und Tradition und die Bindung zu allen Individuen, Gesellschaft, Familie und Tradition ist Beziehung. Gesundheit ist Harmonie und Krankheit ist Störung der Beziehungen.“ (Ebigbo, Nigeria, 1992)

AutorInnen des Leitfadens:

Mag. Livinus Nwoha & Barbara Starzinger

Gefördert von



Integrationsreferat der **Stadt GRAZ**
Gesundheitsamt der **Stadt GRAZ**

Evaluiert durch

Forschungsbüro - Verein Männerberatung, Graz





IMPRESSUM:

Herausgeber: Verein **IKEMBA**

Verein für Interkultur, **K**onfliktmanagement, **E**mpowerment, **M**igrationsbegleitung, **B**ildung und **A**rbeit

ZVR-Zahl: 780261175

Herrengasse 3/2

8010 Graz

Tel.: +43 (0)316/228 113

Fax: +43 (0)316/228 113-15

E-Mail: office@ikemba.at

Homepage: www.ikemba.at



Für den Inhalt verantwortlich: Barbara Starzinger (Projektkoordination)
Mag. Livinus Nwoha (Projektleiter)

Herstellungsort, -zeitraum: Graz, Dezember 2012

Diese Broschüre ist auch online unter www.ikemba.at verfügbar.

Satz- und Druckfehler vorbehalten.

2

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Gesundheit Österreich
GmbH



Integrationsreferat der Stadtl. GRAZ
Gesundheitsamt der Stadtl. GRAZ



Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Das Projekt SEGAME.....	4
Heterogen – homogen –es geht nicht um jene mit Migrationsgeschichte, sondern um das System... ..	6
Ein Beispiel – Definition Gesundheit	6
Inanspruchnahme des bestehenden psychosozialen Angebots	8
Haltung	11
Behandlung/Intervention	11
Kompetenzen und Know-How bei der Behandlung/Intervention	12
„Der/die Experte/in sitzt vor Ihnen“	13
Inhalte des Workshops.....	15
Nachhaltigkeit einer Behandlung	18
Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	18
Interkulturelle Öffnung... ..	20
Reflexion der Situation – Anregung zur Diskussion	23
Der Verein IKEMBA	27
DANKSAGUNG	28
Verwendete Literatur und weiterführende Literatur	29



Einleitung

Der Zugang zur psychosozialen Versorgung ist nicht für alle Menschen gleichermaßen gegeben. Vor allem AfrikanerInnen werden hier marginalisiert. Nicht nur Diskriminierung, negative Vorurteile und Stereotype erschweren den Zugang. Viele Einrichtungen sind mit dieser Klientel überfordert. Die KlientInnen bringen andere Erklärungsmodelle und Lösungsstrategien für psychische Erkrankungen mit. Innerhalb der Community ist psychische Krankheit ein Tabuthema. Sie gilt als Stigma, es wird anders darüber geredet. Andererseits bringt aber die Migration auch für psychisch gesunde Menschen extreme psychische Belastungen mit sich.

Das Projekt SEGAME

Vorgeschichte: Es kam zu unterschiedlichen Probleme und Vorfällen, die sich im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess und fehlender Bewältigungsstrategien für MigrantInnen aus afrikanischen Ländern zeigten. Uns wurde von Zwangseinweisungen durch die Polizei von StaatsbürgerInnen afrikanischer Herkunft (der ersten Generation) in die Psychiatrie berichtet. Die Betroffenen wurden in den Kliniken erstversorgt, und recht zügig nach der Akutphase wieder entlassen.

Anderere Personen verloren erst ihre Arbeit, dann auch ihre Wohnungen und landeten schließlich auf der Straße oder verloren ihren Aufenthaltsstatus, weil sie durch Krisen und Obdachlosigkeit die Fristen für die Verlängerung ihres Aufenthaltstitels versäumten.

Die afrikanische Community fühlt sich zwar durch diese Vorfälle angesprochen und schaltet ihr Nachbarschaftshilfe-Potenzial ein, aber trotzdem waren viele Fälle sowohl für die betroffenen Familien als auch für die Communitys ohne professionelle Hilfe nicht mehr zu bewältigen. Negativberichte führten zur Annahme, dass AfrikanerInnen sowieso bei psychosozialen Krisen automatisch auf die „Geschlossene“ kommen – auch unter Polizeigewalt - was dazu führte, dass viele psychosoziale Probleme verschwiegen wurden, auch wenn Hilfe notwendig gewesen wäre. Viele Community-Mitglieder fühlten sich durch ein psychisch erkranktes Mitglied vermehrt der Schande ausgesetzt, da es bereits viele Vorurteile, Diskriminierungen und rassistische Übergriffe gegenüber einigen ihrer Mitglieder gegeben hatte. Außerdem wurde das Image der AfrikanerInnen durch Medienberichterstattungen (alle Afrikaner sind Drogendealer, männliche Afrikaner gelten generell als gewaltbereit) beschädigt. Um sich weitere Schande zu ersparen, sammelten Mitglieder der Community Geld, mit dem sie einige der Betroffenen zurück in ihre alte Heimat brachten. Diese wurden wiederum von der alten Heimat als Schande angesehen und zurück nach Österreich gebracht.

Diese Problemlagen und Sorgen erreichen uns durch die Outreach-Arbeit und die Zusammenarbeit mit den Pastoren, die tagtäglich mit den Lebenssituationen vieler ihrer Gemeindemitglieder konfrontiert sind.



Weitere Anlässe waren Beschwerden und Hilferufe von Seiten der Behörden und Institutionen, aber auch Privatpersonen, die sich von den „psychisch erkrankten MigrantInnen“ bedroht gefühlt haben. Der Verein IKEMBA wurde diesbezüglich immer wieder kontaktiert und um Unterstützung gebeten, und darum das Projekt SEGAME - zur Förderung der seelischen Gesundheit von AfrikanerInnen in der Migration durch Empowerment und Verbesserung ihres Zugangs zu psychosozialen Diensten - zum Leben erweckt. Ziel war es die Ausgangslage im Spannungsgefüge zwischen MigrantInnen und Fachdiensten durch Fokusgruppendifkussionen und Umfragen zu erheben und mit diesem daraus entwickelten Leitfaden Impulse zu setzen für eine verbesserte Partizipation von Migranten und Migrantinnen an der kommunalen Gesundheitsförderung. Ebenso wurde mittels für den Themenbereich sensibilisierten Community-Leader und Community-Leaderinnen vor Ort in den Communitys durch gezielte Informationsweitergabe, Aufklärungsarbeit und Bewusstseinsbildung das Tabu angebrochen.

Die in diesem Leitfaden festgehaltenen Erkenntnisse wurden während dem Projektzeitraum von Jänner bis Dezember 2012 während

- 5 Informationsveranstaltungen in psychosozialen Einrichtungen in Graz
- 6 Kick-off Veranstaltungen in unterschiedlichen afrikanischen Communitys in Graz
- 2 Community-LeaderInnen Treffen
- 6 Fokusgruppendifkussionen
- 1 Online Umfrage
- 1 Projektpräsentation beim 5-Jahre Ikembafest
- 4 Workshops
- 6 Exkursionen mit MultiplikatorInnen zu psychosozialen Einrichtungen in Graz
- und 30 Outreacheinheiten

gesammelt. Insgesamt wurden in diesem Projekt mindestens 224 MitarbeiterInnen aus dem psychosozialen bzw. medizinischen Versorgungsbereich, mindestens 661 Menschen aus den Ländern Nigeria, Ruanda, Ghana, Liberia, Demokratische Republik Kongo, Burkina Faso, Kamerun, Senegal, Äthiopien und Gambia erreicht und 12 MultiplikatorInnen für „seelische Gesundheitsthemen“ sensibilisiert.

Von Seiten der MitarbeiterInnen der Regelversorgung war meist die erste Frage „Warum?“. Warum ein Projekt „nur und ausschließlich“ für Menschen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara. Dies wollen wir hier auch gleich zu Beginn beantworten: Mit diesem Projekt versuchen wir zuallererst einen Zustand zu verbessern und betrachten deswegen eine Situation von zweierlei Seiten – die MigrantInnen und jener der hiesigen Gesundheitsversorgung um schließlich Informationen zu bekommen und Ideen zu generieren, wie man auf beiden Seiten etwas dazu beitragen kann, um Barrieren zu mindern und somit den besagten Zustand nachhaltig zu verbessern. Durch die Outreacharbeit von IKEMBA hatten wir bereits vor SEGAME gute Kontakte zu diversen Communitys in Graz. Diesbezüglich hat es sich auch aufgrund der kurzen Projektdauer angeboten vor allem jene Zugänge für unsere Fragestellung und Informationsgewinnung zu nutzen, die bereits gut funktionieren – in diesem Fall unterschiedliche afrikanische Communitys in Graz.



Heterogen – homogen –es geht nicht um jene mit Migrationsgeschichte, sondern um das System...

„Es kommt oft der Vorwurf, dass sich AfrikanerInnen nicht integrieren wollen, aber es wird dabei außer Acht gelassen, dass Afrika ein ganzer Kontinent ist – ein interkulturelles Service wird benötigt.“

(Beitrag einer Multiplikatorin bei einer Fokusgruppendifkussion)

Aber etwas haben „Afrikaner“ gemeinsam – ein oft sehr negatives Image, von den Medien zusätzlich verstärkt: Drogendealer, aggressives Verhalten und ungebildet, hilfebedürftig. Dunkle Hautfarbe. Menschen aus der unteren Klasse von „Ausländern“, welche wir „hier“ eigentlich nicht haben wollen. Unterschiede werden nicht erkannt.

Da sich dieser Leitfaden weniger als Kulturführer versteht, sondern vielmehr eine Anleitung zum Lernen sein soll, geht das Projektteam davon aus, dass dieser Leitfaden auch auf unterschiedliche Communitys und MigrantInnen anderer Herkunftsländer anwendbar ist. In Graz leben Menschen aus 158 verschiedenen Herkunftsländern – es ist gar unmöglich jede dieser Kulturen und Sprachen zu studieren, noch dazu da sich auch ein und derselbe Kulturkreis sehr heterogen darstellen kann. Afrika hat 54 Staaten/Länder – 49 davon südlich der Sahara mit 3000 verschiedene Bevölkerungsgruppen und 2000 Sprachen. Alleine im bevölkerungsreichsten Staat Nigeria werden 514 unterschiedliche Sprachen und Idiome gezählt. Deshalb versteht sich der Leitfaden exemplarisch als Anregung zur Verbesserung der praktischen Arbeit mit speziellen Zielgruppen.

Dieser Leitfaden beinhaltet zwei Perspektiven auf ein und dieselbe Situation – jene der MitarbeiterInnen in der Regelversorgung und die der MigrantInnen mit afrikanischer Herkunft südlich der Sahara – manchmal sind die Ansichten sich sehr ähnlich, manchmal eher konträr. Vor allem bietet es die Möglichkeit von der jeweils „anderen Sichtweise“ etwas zu Lernen.

Ein Beispiel – Definition Gesundheit

Die geläufigste Definition von Gesundheit durch die WHO, nämlich, dass Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen, greift bei der Gesundheitsförderung von AfrikanerInnen zu kurz.

Für Personen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara „ist die Gesundheit nicht nur ein Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens eines Menschen, sondern auch ein Zustand einer bestimmten sozialen Gruppe in ihrer jeweiligen wirtschaftlichen und politischen Situation. Denn die Krankheit ist zunächst und grundlegend eine Störung im Gleichgewicht des menschlichen Organismus, aber auch und vor allem ein Riss im sozialen Gefüge“ (Bulayumi, 2001)! „Der Mensch ist gleichzeitig Gesellschaft, Familie, und Tradition und die Bindung zu allen Individuen, Gesellschaft, Familie, und Tradition ist Beziehung. Gesundheit ist Harmonie und Krankheit ist Störung der Beziehungen.“ (Ebigbo, 1992)



Hier wird uns eine zweite Gemeinsamkeit von „Afrikanern“ bewusst – die wichtige und tragende Funktion der Gemeinschaft: Die afrikanischen Communitys beruhen auf den Werten gegenseitiger Hilfe, Fürsorge, Solidarität, Engagement und Verantwortungsgefühl gegenüber den Mitmenschen und kann dem einzelnen Menschen vor allem in Krisenzeiten sehr viel Unterstützung und Kraft geben. Musik und Gemeinschaft, Glaube und Gebet sind sehr wichtig für das seelische Wohlbefinden. Doch es gibt Situationen, wo das große Selbsthilfe- und Nachbarschaftshilfepotential der Community einen Menschen nicht mehr erreicht. Dann wenn die Person psychisch krank ist – Nachbarschaftshilfe reicht in diesem Fall nicht mehr aus und kann professionelle Unterstützung nicht ersetzen.

Diese Erfahrungen, dass Menschen durch migrationsprozessbedingte psychosoziale Krisen oder psychische Erkrankungen alles verlieren und keine Unterstützung im System finden, war die Hauptmotivation dieses Projekt umzusetzen.

Dieser Leitfaden – die Ergebnisse des Projektes - richtet sich an Alle im Gesundheitswesen tätigen Menschen, aber besonders an jene, die sich der psychosozialen Versorgung verschrieben haben. Dieser soll das Gewohnte im Arbeitsalltag in Frage stellen und eine Reflexion der eigenen Annahmen anregen. Ganz nach dem Sinne von Gaitanides (2002), der betont, dass das Hauptgewicht bei der Vermittlung von reflexiver interkultureller Kompetenz nicht auf dem Erwerb des Wissens über die kulturellen Hintergründe der MigrantInnenklientel, sondern auf der Auseinandersetzung mit den eigenen unhinterfragten Wahrnehmungs-, Deutungs- und Verhaltensmustern liegt.



Inanspruchnahme des bestehenden psychosozialen Angebots

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sowohl die Personen aus dem Sozial- bzw. Gesundheitsbereich als auch Personen aus afrikanischen Communitys die Erfahrung haben, dass bestehende Angebote nicht oder nur selten angenommen werden. Dies hat mehrere Gründe:

Informationsdefizit: Viele Personen aus den Communitys wissen nicht über die stark differenzierte Angebotsstruktur Bescheid:

- „man bekommt Hilfe im Krankenhaus oder bei Pastoren (um Personen zu ermutigen und Ratschläge zu geben)“
- „mein Rat ist es die Polizei zu rufen, um staatliche Unterstützung für dieses Problem zu bekommen... Wenn jemand seine Medikamente nicht mehr nimmt, nicht mehr erreichbar ist und man nicht mehr weiß wie man jemand helfen soll.“

(Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

Oder sie erleben häufig das **Gefühl des „Nicht-Willkommen-Seins“**, was einen weiteren Grund darstellt, das bereits bestehende Versorgungsangebot nicht anzunehmen:

- „90 % der AfrikanerInnen fühlen sich von der Gesellschaft, dem System ausgeschlossen“
- „Wenn man krank ist und ärztliche Betreuung benötigt, braucht man eine/n Ärztin/Arzt, welche/r die PatientInnen akzeptiert und sich denkt, das ist die Person, um die ich mich kümmere. Hier sollte Empathie herrschen.“
- „Man kennt ÄrztInnen wo man weiß, dass man nicht willkommen ist. Dies merkt man oft schon in dem Moment, wenn man die Praxis betritt und die Atmosphäre dort wahrnimmt. Es ist schwer zu sagen, ob dies mit der Hautfarbe zusammenhängt.“
- „Wenn man sich willkommen fühlt, kann man sich entspannen, kann Vertrauen aufbauen. Wenn man nämlich kein Vertrauen hat, kann man sich einer Person auch nicht anvertrauen und es wird einem nicht geholfen.“

(Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

Damit einher geht **mangelndes Vertrauen** der Betreuung/Behandlung gegenüber:

- „oft befolgen die AfrikanerInnen die Anweisungen nicht, weil kein Vertrauen in die Medizin besteht. Zum Beispiel weiß man nicht, wofür das Blut bei einer Abnahme verwendet wird. Es wird „zu viel Blut“ abgenommen!“
- „Skepsis der Medizin, v.a. der Psychiatrie gegenüber. Andere Vorstellungen und Begriffe von Krankheit und Behandlung“

(Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

Personen in der Regelversorgung vermuten dahingegen, dass „**spezialisierte Institutionen**“, wie Zebra, Omega, Marienambulanz, bereits den Bedarf abdecken – so ist die Vermutung vieler Agierender im Versorgungssystem.

- „mit Omega & Zebra könne man alles abdecken.“ (Wortmeldung bei einer Fokusgruppendifkussion)
- „dass es spezifische Einrichtungen in Graz für Personen mit Migrationshintergrund gibt.“ (Beitrag bei der Umfrage)

Dabei lässt sich vermuten, dass es an der Bereitschaft zur interkulturellen Öffnung mangelt.



Aber auch **Diskriminierung und Rassismus-Erfahrungen** werden als mögliche Gründe angesehen:

- „In der Suchtarbeit ist es für die MigrantInnen oft schwer in Suchteinrichtungen zu gehen, da sie mit Rassismus zu kämpfen haben. Sie werden dadurch oft abgehalten, Hilfe in Anspruch zu nehmen und ihre Sucht zu bekämpfen.“

Vor allem bei der durchgeführten Umfrage, an denen sich einige AllgemeinmedizinerInnen beteiligt haben, war von **Hospitalisierungs- und Somatisierungstendenz** bei AfrikanerInnen die Rede, das heißt die Vermutung, dass AfrikanerInnen eher körperliche Beschwerden äußern und AllgemeinmedizinerInnen aufsuchen bzw. bei Akutsituationen ins Krankenhaus eingeliefert werden.

- „sehr freundlich, bei Terminvereinbarungen mäßig zuverlässig, oft spirituelle Komponente, Psychosomatik nicht unbedingt verschlossen, oft Probleme mit Blutdruck, Brustschmerzen, Kopfschmerzen, Augenschmerzen, relativ viele afrikanische Patienten, weil ich mich für die Kultur interessiere und möglicherweise aufgrund meiner Englisch- und Französischkenntnisse“
- „starke Schmerzempfindlichkeit“

(Beiträge bei der Umfrage)

Literaturtip: Somatisierung im Kulturellen Kontext

„Für afrikanische Kulturen (hier vornehmlich solche West- und Zentralafrikas) wurden Persönlichkeitskonzepte beschrieben, die von einem fundamentalen Einssein im Psychisch-Körperlichen und einer untrennbaren Einbindung in zwischenmenschliche, natürliche und übernatürliche Bezüge ausgehen. »Die afrikanische Einstellung erlaubt nicht die Unterscheidung zwischen psychischer und physischer Ebene. Für Afrikaner ist der Körper die Psyche und die Psyche der Körper« (Ebigbo, 1997)“

All die eben angeführten Gründe finden sich in der wissenschaftlichen Fachliteratur wieder!

Zugangsbarrieren

- „es gibt 18 – 20 % Menschen mit Migrationsgeschichte – die Institutionen müssen sich also fragen, warum diese nicht auch in den Einrichtungen vertreten sind.“

(Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

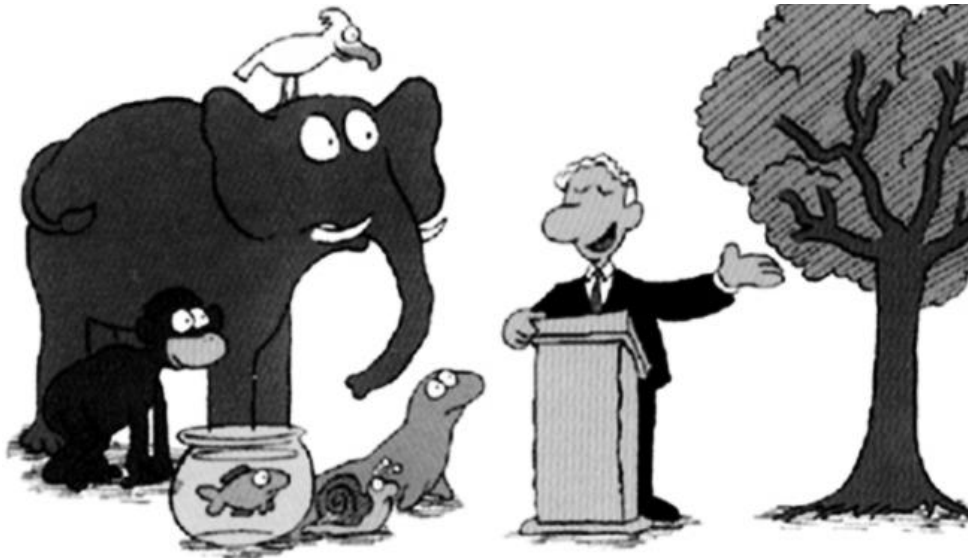
Gaitanides (2004) leitet aus seiner Beobachtung, dass die Arbeit mit MigrantInnen oft weniger erfolgreich ist als bei Nutzern aus der Mehrheitsgesellschaft eine Vielzahl an Zugangsbarrieren von MigrantInnen zu den sozialen Diensten ab. Laut ihm ist es Fakt, „dass MigrantInnen trotz überdurchschnittlicher Belastungen v.a. in den präventiven Bereichen der Sozialen Dienste unterrepräsentiert sind [...]“. Und die Überrepräsentation, beispielsweise in Frauenhäusern, Einrichtungen des Streetwork, den Drogenotdiensten oder stationären Versorgungseinrichtungen – dokumentieren eher ein Versagen vorsorgender Maßnahmen, als das diese Überrepräsentation eine Folge der interkulturellen Öffnung dieser Bereiche ist.



Typische Zugangsprobleme und Schwachstellen bei der Interaktion mit MigrantInnen sind einerseits bei den potentiellen NutzerInnen zu suchen (Informationsdefizit, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, kulturell vermittelte Tabus u.v.a.m.), bei den strukturellen Bedingungen (Wohnortferne, Kosten, Öffnungszeiten,...) aber und vor allem auch auf Seiten der MitarbeiterInnen der Regeldienste (Überbetonung und klischeehafte Generalisierung kultureller Unterschiede, Abwehr durch Kompetenzverlustängste, Colour-blindness – Ignorierung sozialpsychologischer und struktureller Ausgrenzung = "Wir behandeln alle gleich!",...)!

Literaturtipp: "Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste" – Visionen und Stolpersteine

„Bei der Analyse der Zugangsprobleme ist zu beachten, dass man/frau sich nicht auf die Zugangsprobleme der MigrantInnen fixiert sondern v.a. auch die ausgrenzenden Einstellungen und Verhaltensmuster der MitarbeiterInnen und des institutionellen Arrangements in den Blick nimmt. Nicht-Inanspruchnahme oder geringerer Erfolg der Hilfeleistung sind immer auch das Ergebnis eines Interaktionsprozesses. Dabei gilt es in erster Linie, die eigenen Anteile an der Kommunikationsstörung wahrzunehmen und zu bearbeiten. Dies ist eine bekannte Faustregel der Kommunikationstheorie. Destruktive Kommunikationszirkel können am besten durch Selbstveränderung durchbrochen werden. Dabei tragen die Mächtigeren in der Kommunikation, die mit institutionellen Machtmitteln und überlegenem Expertenwissen ausgestatteten Professionellen, eine besondere Verantwortung.“
(Gaitanides, 2004)



„Damit es gerecht zugeht, erhalten Sie alle die gleiche Prüfungsaufgabe:
Klettern Sie auf diesen Baum!“

Haltung

... die Haltung der Personen seinem/ihrem Gegenüber gegenüber ist einer der entscheidenden Schlüssel bei einer gut funktionierenden Betreuungsinteraktion!

- „Das Auftreten der Person, der Gesichtsausdruck. Man kann ja mit einem Lächeln auf die Leute zugehen und fragen, ob man helfen kann und was das Problem ist. Die erste Annäherung ist sehr wichtig.“
- „Freundlichkeit, eine offene Haltung. Es wird auch gefordert, dass man mit Freundlichkeit und Aufmerksamkeit zurückgibt was man erhält.“
- „Offenheit und Sensibilität“
- „Mehr Anliegen und Bedürfnisse erfragen, den Menschen als Ganzes sehen“
- „Kommunikation ist der wichtigste Baustein“
- „Man muss bei der Beratung oft die Vertraulichkeit unter Beweis stellen und versichern, dass alles Erzählte nicht in die Community kommt!“

(Beiträge bei der Umfrage & Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

Behandlung/Intervention

Jene MitarbeiterInnen, welche bereits Erfahrung mit der Behandlung von Menschen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara haben, berichten bezüglich der **Kontaktaufnahme** folgendes:

- „Meist akut, über die Rettung oder Begleitung durch Mitarbeiter anderer Institutionen“
- „telefonische Kontaktaufnahme durch die betroffene Person oder auch durch jemanden, der sich für die Person verantwortlich bzw. hilfeunterstützend fühlte“



- „meist mit Begleitung von Rettung, Polizei (Wachebeamter)“
- „AfrikanerInnen stoßen zufällig in die Ambulanz und erst dann wenn schon alles schwierig ist.“

Aber auch:

- „Locker“
- „Unkompliziert“

(Beiträge bei der Umfrage)

Als **hilfreich** haben die befragten Personen bei der Interaktion erlebt:

- „Humor“
- „Englischkenntnisse, gewisse Kenntnisse der Kultur“
- „Kontakt mit Menschen, die übersetzten, in jeder Hinsicht, auch das kulturelle oder wie sich die Dinge in Afrika abspielen und gehandhabt werden“
- „das gegenseitige Vertrauen“
- „sicher wäre es Respekt, eine Haltung gegenseitigen Verstehens und Lernens“

(Beiträge bei der Umfrage)

Kompetenzen und Know-How bei der Behandlung/Intervention

Bei den Diskussionen mit den Mitgliedern der afrikanischen Communitys wurde deutlich, dass sich viele **unverstanden fühlen...**

- „Das Problem ist das System – das afrikanische System wird nicht verstanden, es wird nicht zugehört. In Österreich wird man in das System gedrängt. Die Österreicher sind nicht bereit zuzuhören.“
- „Der Service des österreichischen Gesundheitssystems ist gut, jedoch im Vergleich zum afrikanischen sehr verschieden. Das Problem liegt in der Integration dieser zwei Systeme.“

(Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

... und sich vor allem **Zeit und Geduld** von den Behandelnden, Beratenden, Begleitenden wünschen:

- „Unsere Überzeugungen und Einstellungen, die wir von zu Hause mitgebracht haben – die meine Mutter mir gelernt hat – es braucht Zeit, um diese Dinge abzulegen – neue Dinge anzunehmen. Ich komme aus einer anderen Kultur und bin nicht vertraut mit den Behandlungen hier. Nehmt euch Zeit für mich.“
- „Und sie urteilen auch immer so schnell – so von „ah, das ist weil... und so und so“ – und dabei haben sie noch gar nichts angeschaut oder zugehört“
- „Sie sind nicht geduldig mit uns – und sie sprechen immer über Gefahren und wollen uns Möglichkeiten zur Wahl geben – und sie machen dabei nur ihren Job. Wir haben den Glauben und in Afrika ist es nicht so reguliert wie hier, da ist jeder auf der gleichen Straße – in Österreich gibt es was für Fußgänger und für Radfahrer und für Autos.“

(Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

Bei den VersorgerInnen hingegen liegt die größte Herausforderung in der **sprachlichen aber auch kulturellen Verständigung:**

- „Sprachliche Barriere“



- „Sprachliche Herausforderung“
- „Kulturelle Unterschiede und eigenes »Nicht-Wissen«“
- „Die Herausforderung ist, dass man gegenseitig überhaupt versteht, worüber geredet wird, die kulturellen Codes entschlüsseln kann, nicht unwissend Tabus verletzt, etc.“
- „Kenntnisse und Zusammenhänge des kulturellen und sozialisierten Hintergrunds“.
- „Umgang mit Zeit und Verbindlichkeiten“

(Beiträge bei der Umfrage)

Und der Wunsch und das Bedürfnis nach mehr Wissen sind sehr groß - viele der TeilnehmerInnen an den Diskussionen (12 von 20), der Workshops (10 von 12) und der Umfrage (11 von 13) brauchen zusätzliches „Know-how“ im Kontakt mit AfrikanerInnen im Betreuungssetting – beispielsweise:

- „Kulturspezifische Infos – Werte, Ausrichtung, Philosophie und Spiritualität, welche auf Lebensgestaltung maßgeblich wirken“
- „Kultureller/religiöser Hintergrund, Werte, sprachliches Verständnis (Translation und Inhalt), fachlicher interkultureller Austausch“
- „Bei Bedarf braucht man Information über das Herkunftsland, speziell über das Volk aus dem der/die zu Behandelnde kommt.“
- „Wie wird der Begriff Krankheit in Afrika gesehen, welche Formen der Behandlung gibt es dort und woran glaubt die Bevölkerung“

(Beiträge bei der Umfrage & Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

„Der/die Experte/in sitzt vor Ihnen“

„Die Tatsache, dass das Wissen über andere Kulturen als wichtige interkulturelle Kompetenz so häufig genannt wurde, ist nicht weiter verwunderlich. In den westeuropäischen Ländern dient Wissen dazu, sich abzugrenzen, sich sicher zu fühlen, und es ist ein gesamtgesellschaftlich anerkanntes Ziel, objektivierbares Wissen anzuhäufen“ (Wohlfahrt, Hodzic & Özbek, 2006). Nach Hegemann (2004) birgt Hintergrundwissen über die Andersartigkeit von Menschen aus anderen Kulturen eben auch das Risiko von Stereotypen – und Grundlage für Vorurteile.

Sabbioni und Kuhn (2004) meinen daher, dass es darum geht, „die richtigen Fragen zu stellen, um die individuelle Geschichte des einzelnen Patienten zu erfassen, und nicht darum, bereits die Antworten zu haben“ und unterstreichen somit die Notwendigkeit einer migrationsspezifischen Anamnese!

Diese beinhaltet folgende migrationsspezifische Anteile der Lebensgeschichte:

- a) Die Herkunftsgeschichte: soziale Lage, ökonomische Situation, Gesundheitsverhalten im Herkunftsland etc.
- b) Die Migrationsgeschichte: Motivation, Flucht, Verlauf, Traumatisierungen etc.
- c) Die Integrationsgeschichte: rechtliche und soziale Lage, ökonomische Situation etc.
- d) Das Gesundheitsverhalten im aktuellen Land
- e) Die Remigrationsanamnese: Remigrationsdruck, Pläne zur Remigration
- f) Die Migrationsbilanz: Vergleich der Ziele bei der Migration mit dem Erreichten
- g) Die eigenen Vorstellungen zum Leiden, zum Körper und zur Behandlung



Vor allem der letztgenannte Punkt – das kulturell mitbedingte Gesundheits- und Krankheitsverständnis eines/r Patienten/in - wird häufig mit Erfolg und Misserfolg einer Intervention in Verbindung gebracht. Je mehr und je besser die Erklärungsmodelle von Patient/in und Arzt/Ärztin zur Sprache kommen und verhandelt werden, desto erfolgreicher die Behandlung – und je mehr die beiden Erklärungsmodelle divergieren, desto grösser wird die Konfrontation und wächst die Unzufriedenheit auf beiden Seiten (Kayser & Kläui, 2010). 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 zit. nach Hegemann 2004) und erst die Vertrautheit mit den Vorstellungen über Gründe und Ursachen von Störungen und Krankheiten erlaubt es, gemeinsam nach passenden Lösungen zu suchen.

Eine migrationsspezifische Anamnese sind nach Kläui (2009) eine bio-psycho-soziale Anamnese und braucht kein Spezialwissen („der/die Expertin sitzt vor Ihnen“) und unterscheidet sich auch nicht von einer guten Anamnese und ist dominiert durch Fragen.

Literaturtipp: transkulturelle Kompetenz

Als transkulturelle Kompetenz wird die Fähigkeit bezeichnet, individuelle Lebenswelten in der je besonderen Situation zu erfassen, zu verstehen und entsprechende angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit, die Perspektiven anderer zu erfassen und zu deuten, und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen. (Domenig, 2007)

Dies bedeutet Transkulturelle Kompetenz in der im Gesundheitsbereich beinhaltet folgende Aspekte (vgl. Kläui, 2009):

- Empathie, Interesse, Neugier, Vorstellungsvermögen
- Erfragen der Health Beliefs und Erklärungsmodelle
- Selbstreflexion (z.B. eigener Krankheitsmodelle und Werte)
- Kenntnisse: historisch, geographisch, sprachlich
- Und das Ausverhandeln der Behandlung!

Anmerkungen zu interkultureller und transkultureller Kompetenz:

- „ist wichtig“
- „oft Unsicherheit darüber wie man eigentlich professionell arbeitet“
- „die Fortbildungen sind nicht gut: Wer macht die Trainings – ÖsterreicherInnen d.h. es ist nur Thema, denn es sprechen nicht die ExpertInnen“
- „oft sind die Trainings so lustig, aber die Kompetenzerweiterung ist nach meiner Erfahrung nach nicht lustig – es kommt zum Streit mit KollegInnen über Ansichten und Einstellungen, man muss sich austauschen, es ist anstrengend, man muss sich mit sich selbst auseinandersetzen – stößt an Grenzen“



- „ein Training ohne Diskriminierung und Rassismus zu thematisieren ist kein Training“
- „man muss interkulturelle Angebote auch nachhaltig verankern – auch auf höherer Ebene“
(Wortmeldungen einer Fokusgruppendifkussion)

Literaturtip: Transkulturelle kommunikative Kompetenz

Fragenkatalog zur Ergründung des Bedeutungszusammenhangs der Krankheitserfahrung

- Wie nennt man die Beschwerden in Ihrer Muttersprache?
- Kennen Sie jemanden, der/die ähnliche Beschwerden hat?
- Was hat Ihrer Ansicht nach Ihre Beschwerden verursacht?
- Warum traten die Beschwerden nach Ihrem Dafürhalten gerade zu diesem Zeitpunkt auf? Warum gerade bei Ihnen?
- Was sagen Ihre Familie und Freunde zu Ihren Beschwerden?
- Was glauben Sie, machen Ihre Beschwerden mit Ihnen? Wie funktioniert das?
- Wie ernst sind Ihre Beschwerden? Werden sie einen langwierigen oder kurzen Verlauf nehmen?
- Welche Behandlung sollten Sie Ihrer Meinung nach erhalten?
- Welche wichtigsten Resultate erhoffen Sie sich von dieser Behandlung?
- Welche wichtigsten Probleme haben Ihnen die Beschwerden gebracht?
- Wovor haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden am meisten Angst?

(Sabbioni & Kuhn, 2004)

Folgende **Meinungen, Einstellungen und Vorstellungen** wurden von den beteiligten Personen aus Ländern südlich der Sahara bzgl. Gesundheit und der Behandlung von Krankheit genannt:

- „es gibt 3 Teile bei Gesundheit: Geist, Körper und Soziales – wenn alle 3 gut sind, dann ist man auch gesund“
- „Leute müssen einfach in die Kirche gehen – singen und tanzen = Heilung!“
- „Wichtig ist, dass der Mensch nicht alleine damit ist – man besucht ihn, ruft an und betet und die Gemeinschaft schaut, dass es allen gut geht.“
- „Viele reden nicht über diese Dinge, sie werden ins LSF geschickt und nehmen ein Medikament, sie werden dick.“
- „Wenn man einen Menschen aus der Community mit einem Problem sieht, dann ist das auch unser Problem – man kann nicht sagen, das geht mich nix an.“
- „AfrikanerInnen machen es eigentlich immer so: Wenn man psychisch krank ist, dann holt man sich Medikamente und wenn es einem ein wenig besser geht, dann hört man wieder auf“

(Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

Inhalte des Workshops

„Lebenswelten und Lebensentwürfe von AfrikanerInnen südlich der Sahara in der Migration – im Spannungsfeld zwischen Migrationsgeschichte und psychosozialer Versorgung!“

15

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Gesundheit Österreich
GmbH

Geschäftsbereich



Integrationsreferat der Statt GRAZ
Gesundheitsamt der Statt GRAZ



Afrikanische Migrationsgeschichte – ein kurzer Streifzug

Belthasar (1629), war ein entlaufener Sklave aus dem Sudan, welcher nach Wien gekommen ist, er wurde im Stephansdom getauft und ist der erste dokumentierte Afrikaner in Österreich. Angelo Soliman (1754) war ein weiterer Afrikaner in Österreich, als er starb wurde seine Leiche zur Schau gestellt. Die Proteste seiner Tochter konnten dies nicht verhindern. Die afrikanische Geschichte in Österreich hat meist mit Ausbeutung zu tun. Im zweiten Weltkrieg kämpften viele Afrikaner für die Alliierten und erst in der Nachkriegszeit startete die Bildungsmigration. Nach dem Ende des Kalten Krieges gingen viele AfrikanerInnen nach Russland, in die USA oder nach Großbritannien. 1991 ist ein deutlicher Anstieg von afrikanischen Flüchtlingen in Österreich zu verzeichnen (Vgl. Sauer, 1996).

Literaturtipp: Afrikanische Migranten vor der „Festung Europa“

Eine wachsende Zahl Afrikaner flieht vor kriegerischer Gewalt und wirtschaftlicher Not nach Europa. Die EU schottet ihre Außengrenzen ab. Die Fluchtrouten werden dadurch gefährlicher, Tausende finden den Tod. Dabei nützt eine geregelte Zuwanderung aus Afrika allen Beteiligten. Nicht zuletzt kann sie dazu beitragen, die überalterten EU-Mitgliedstaaten vor dem drohenden wirtschaftlichen Niedergang zu bewahren.

Analyse:

- Grenzüberschreitende Migrationen innerhalb Afrikas sind weitaus umfangreicher als die von Afrika nach Übersee. Ein großer Teil davon ist erzwungene Migration. Dagegen stellten Afrikaner im Jahr 2001 nur etwa 10 % aller Zuwanderer in die europäischen OECD-Länder.
- In den letzten beiden Jahrzehnten verlor Afrika gut ein Drittel seiner Akademiker durch Abwanderung in die Industrieländer (brain drain), was sich negativ auf die politische und wirtschaftliche Stabilität der betroffenen Länder auswirkt.
- Andererseits tragen die Geldüberweisungen afrikanischer Migranten in ihre Heimat signifikant zur Mehrung des Wohlstandes und zur Linderung der Armut bei.
- Die EU trägt erhebliche Mitverantwortung für die Migration aus Afrika, u. a. durch unfaire Außenwirtschaftspolitik.

Gemeinschaft als Wert

Die Großfamilie ist der Mittelpunkt der Gesellschaft und die ideale Schule zur Vorbereitung auf die soziale Verantwortung innerhalb der Gemeinschaft. Sie vermittelt Werte und schafft Verbindlichkeiten und Verantwortungsbewusstsein. Die Gesundheit der Gemeinschaft ist verwoben mit der Gesundheit und Stärke der Kinder und Gemeinschaft stärkt die Identität. Jeder Mensch ist von unschätzbarem Wert und wahrhaft und die Gemeinschaft bestätigt jedem in seinem Wert und ohne Gemeinschaft ist der Mensch verletzlich und eher in Gefahr.

„Es braucht ein ganzes Dorf um ein Kind großzuziehen“ (afrikanisches Sprichwort)

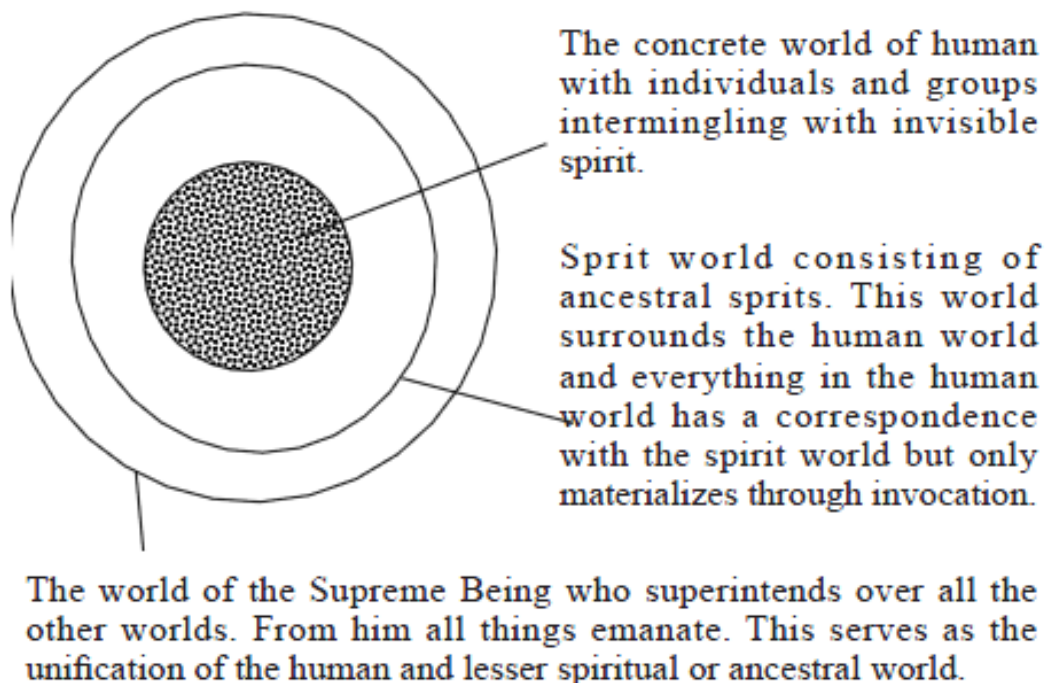


Keine Gemeinschaft ohne Kinder und keine Kinder ohne Gemeinschaft. Die Identität und das Lebensziel der Kinder sind eng miteinander verbunden. Die Erziehung ist kollektiv: Die soziale Erziehung steht unter der Kontrolle der Gemeinschaft und ist eine Grundlage eines sozialen Konsens: jeder ist für das Wohlergehen des Kindes verantwortlich

Kosmologie

Ein gängiges Weltbild der AfrikanerInnen hat mit Kosmologie zu tun. Professor Ebigbo, ein anerkannter Professor und erster Präsident der afrikanischen Vereinigung für Psychotherapie forscht viel in diesem Bereich. Das Kosmogramm beschreibt im ersten Kreis den Mensch, die Gemeinschaft, die Familie und die daneben existierenden Geister in der Menschen-Welt. Im zweiten Kreis wird die Geister-Welt und im dritten die oberste Geister-Welt (Gott) beschrieben (siehe Abb; Quelle: Ganyi, & Ogar, 2012).

The African Cosmic Belief System



Gesundheit und Krankheit werden in einer neuen Perspektive gezeigt. Krankheit ist eine Folge aus einem Riss im sozialen Gefüge, d.h. die beeinträchtigte Kommunikation mit einer Gruppe aus der Kosmologie beeinflusst das Krankwerden. Die dadurch ausgelöste Krankheit erfordert Wiedergutmachung, um gesund zu werden. Krankheiten werden aber auch als Prüfung oder Segen gesehen und durch Hexerei oder böse Blicke ausgelöst.

Häufige Bewältigungsstrategien

Konsultation der:

- Familie
- Kirchen, Priester, Pastoren – sind Autoritätspersonen und kümmern sich um die Mitglieder ihrer Kirche, zum Beispiel wird jemand aufgesucht wenn er nicht mehr in die Kirche kommt.



- „Doktor-shopping“ d.h. Aufsuchen von Ärzten, Priestern, Krankenhäusern, Medizinmännern um Hilfe bei Krankheit zu bekommen.

Therapeutische Ansätze

- Kräuterheilkunde – aktuell viel Forschung in Nigeria auf diesem Gebiet
- Divination - traditionelle Heiler führen Konsultation mit der Umwelt, Gemeinschaft und Familie durch, sprechen mit jedem und geben Ratschläge – Weissagungen.
- “Harmony-Restoration Therapy“ (Ebigbo, 1992)
- Großfamiliengericht - Variante der systemischen Therapie, mit langem Entwicklungsprozess in Afrika. Es wurde vor allem durch mündliche Überlieferungen weitergetragen.
- Aber auch Tanz-/Musiktherapie, Verhaltenstherapie

Nachhaltigkeit einer Behandlung

- *„Viele hören nach der Behandlung auf ihre Medikamente zu nehmen. Es würde jemand benötigt, um diese Menschen zu überprüfen, zu prüfen ob jemand seine Medikamente nimmt. Es gibt viele denen es wieder schlecht geht, wenn sie ihre Medikamente nicht mehr nehmen. Viel sind sehr allein und bräuchten mehr Hilfe, Unterstützung, Zuspruch. Diese Personen sollten kontrolliert werden um ihnen den Weg in die psychische Gesundheit zu ermöglichen.“*
- *„Fortschritte sollten kontrolliert werden, kleine Gruppen bilden und Personen beobachten und besuchen, wenn sie z.B. gerade aus dem Krankenhaus kommen.“*
- *„Medizin wird verabreicht, aber medizinische Nachbetreuung erfolgt kaum. Es wird jemand benötigt der kontrolliert, ob Medikamente auch genommen werden. Die Familie kann diese Kontrollinstitution übernehmen, bei Menschen die allein leben ist das problematisch. Freunde könnten diese Aufgabe übernehmen, es wäre hilfreich Gruppen zu bilden und diesen Personen zu helfen.“*
- *„Das Service des österreichischen Gesundheitssystems ist gut, jedoch im Vergleich zum afrikanischen sehr verschieden. Das Problem liegt in der Integration dieser zwei Systeme – die Integration der Sichtweisen – Kontrolltermine nach der Behandlung stellen für viele keine Notwendigkeit dar.“*
- *„In Afrika ist es keine natürliche Krankheit, niemand möchte darüber reden. Das ist, dass eigentliche Problem. Depressionen stellen eine Krankheit dar, die es nur schwer zulässt darüber zu reden. Es wird in Afrika nicht anerkannt, da es eine kaum sichtbare Krankheit ist. Man kann arbeiten oder Auto fahren und liegt nicht krank im Bett – da denkt man an Hexerei.“*

(Beiträge bei der Umfrage & Wortmeldungen bei den Fokusgruppendifkussionen)

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Einschätzung der Umfrageteilnehmenden aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich auf die Frage, ob es **Bedarf an zusätzlichen Maßnahmen** gibt, **um die Gesundheit von AfrikanerInnen zu fördern**: Es antworteten 3 von 13 der Bedarf sei „sehr groß“, 5 davon meinten der Bedarf sei „eher groß“, 1 Person sah „eher keinen“ Bedarf und wiederum 1 Person meint es gibt „gar keinen“ Bedarf – eine Person hat sich bei dieser Frage enthalten – die Begründungen lauten wie folgt:



- „weil Information und Infrastruktur fehlen!“
- „weil die Kenntnisse unter welchen Bedingungen und durch welche Einflussfaktoren Menschen ihr Heimatland verlassen sehr häufig nicht erfasst, sowie die Multitraumatisierungen häufig nicht erkannt werden. Zudem ist es für jede Personengruppe wichtig, Hilfsangebote und/oder MentorInnen zu haben, die beim Integrationsprozess stützend sind, damit Integration auf allen Ebenen gelingen kann.“
- „weil allein das Leben, das in Europa geführt werden muss (Fremdheit, Einsamkeit, Tempo, Druck, schlechtes Wetter,...) ein Gesundheitsrisiko darstellt“
- „weil bislang noch keine Maßnahmen erfolgt sind“
- „psychischer Natur: fremde Kultur, Essen, anderes Klima, Sprache, Freundeskreis, Vorbehalt, Heimweh“
(Beiträge bei der Umfrage)

Folgende **präventive Maßnahmen** wurden von den UmfrageteilnehmerInnen und bei den Fokusgruppen genannt:

- „Spezifische Anlaufstellen mit klaren Ablaufprozessen, rasche Entscheidungsfindung bezüglich Bleiberecht, MentorInnen-Konzept in der Eingangs- und Übergangsphase“
- „Bessere Integration, Kurse für Frauen in „europäischer Lebensorganisation“, medizinische und hygienische Aufklärung, mehr afrikanische MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen, damit mehr Vertrauen entstehen kann“
- „Nachgehende Betreuung von MitarbeiterInnen, die selber dieser Herkunft sind und die dann im ersten Schritt aufklären und an die beratenden Stellen begleiten“
- „Auch Positiverfahrungen mit den Institutionen in den Communitys vermitteln“
- „noch eine Stufe früher über (Prävention) psychischer Belastung (durch Migration) nach zu denken“
- „Der Zugang zu Berufen ist schwer vom Staat abhängig – sind Zugangstests kulturell fair? – sind noch nicht einmal geschlechtergerecht“
- „MitarbeiterInnen besuchen häufig Veranstaltungen zur interkulturellen Kompetenz bzw. Diversitätstrainings, doch die Führungsebene nicht – die braucht man jedoch, um nachhaltig etwas zu verändern.“
- „auch Anerkennung von Berufen und Ausbildungen sind immer noch sehr schwierig – die Ressourcen wären hier – bleiben aber deswegen ungenutzt!“

(Beiträge bei der Umfrage)



Interkulturelle Öffnung...

...ist nach Barth et. al. (2004) „der Prozess, den eine Einrichtung oder eine Kommunalverwaltung durchläuft, um sich für eine Einwanderungsgesellschaft fit zu machen.“

*„prähistorische Strukturen in der Versorgung – wo sind die PsychotherapeutInnen, die Nativespeaker sind?“
(Wortmeldung bei einer Fokusgruppendifkussion)*

Das Projekt SEGAME orientierte sich an den Best Practice Beispielen und innovativen Ansätzen in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen aus Deutschland, wo von ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich wesentliche Leitlinien für eine adäquate Versorgung und Unterstützung von MigrantInnen formuliert wurden, die sich auch in der Arbeit von Ikemba als Grundprinzipien zeigen (vgl. dazu Machleidt, Garlipp & Callies 2005, Machleidt 2005). Ein zentraler Aspekt hinsichtlich der Ermöglichung des Zugangs zu Beratung und psychosozialer Versorgung ist die Art und Weise, wie Leistungen angeboten werden. Niederschwelligkeit ist dabei eine wesentliche Qualität. Wichtig sind auch die Bereitschaft und die Kompetenz zur muttersprachlichen Intervention und Beratung, wenn es notwendig ist. Die Bedeutung der muttersprachlichen Behandlung für KlientInnen liegt vor allem darin, dass in emotional tiefgehende Kommunikation wie etwa der Psychotherapie oder Beratungsgesprächen belastende Situation, Emotionen, und andere Inhalte in der Muttersprache leichter und direkter mitgeteilt werden können. Hinzu kommt, dass bei Inanspruchnahme von DolmetscherInnen die affektive Konnotation des Gesagten im Transformationsprozess der Übersetzung weitgehend verloren geht, sodass die Beurteilung der Authentizität des Gesagten und damit ein Stück der subjektiven Realität der Betroffenen schwer nachvollziehbar sind (vgl. Machleidt, Garlipp & Callies 2005). Durch die muttersprachliche Behandlung und Beratung können also Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen hinsichtlich möglicher Interventionen oder Diagnosen vermieden werden. Bei allen Maßnahmen und Angeboten stehen folgende Prinzipien im Vordergrund: die Niederschwelligkeit des Angebotes, das Herstellen einer Vertrauensbasis durch den Einsatz von Personal mit Migrationshintergrund, die Gewährleistung der sprachlichen und kulturellen Verständigungsmöglichkeiten, sowie adäquate Information und Vermittlung.

Synergien entdecken – Institutionen öffnen

Die „12 Sonnenberger Leitlinien“ bilden bereits seit 2002 in Deutschland die Grundlage für die Initiative zur Verbesserung der psychosozialen und psychiatrisch–psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft.

Unter interkultureller Öffnung versteht man nach diesen Leitlinien einen wechselseitigen Prozess des Kompetenzzuwachses und der Vertrauensbildung mit dem Ziel, MigrantInnen mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische.



Literaturtipp: Die 12 Sonnenberger Leitlinien

1. Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.
2. Bildung multikultureller BehandlerInnen-Teams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte ÜbersetzerInnen und KulturmediatorInnen „Face-to-Face“ oder als TelefondolmetscherInnen
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und Migrantenverbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und MultiplikatorInnen über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie Allgemeinärztinnen/Ärzte.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie & Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in Transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.



Literaturtipp: Die 12 Sonnenberger Leitlinien

9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung.

10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von MigrantInnen im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht.

11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.

12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung.



Reflexion der Situation – Anregung zur Diskussion

Nach Wimmer-Puchinger et al (2006) ist Migration per se kein Gesundheitsrisiko, sondern ihre sozioökonomische und somit psychosoziale Verknüpfung. Was als Migrationsproblem benannt wird, sind die Risiken, die durch die sozialen Benachteiligungen produziert werden.

So ist auch die Debatte über Chancengleichheit, Gleichberechtigung im Gesundheitssystem von Abwehrhaltung der Institutionen geprägt.

Institutioneller Rassismus der Macpherson-Kommission (1999) definiert als das

„kollektive Versagen einer Organisation, Menschen aufgrund ihrer Hautfarbe, Kultur oder ethnischen Herkunft eine angemessene und professionelle Dienstleistung zu bieten. Er [institutioneller Rassismus] kann in Prozessen, Einstellungen und Verhaltensweisen gesehen und aufgedeckt werden, die durch unwissentliche Vorurteile, Ignoranz und Gedankenlosigkeit zu Diskriminierung führen und durch rassistische Stereotypisierungen, die Angehörige ethnischer Minderheiten benachteiligen. Er überdauert aufgrund des Versagens der Organisation, seine Existenz und seine Ursachen offen und in angemessener Weise zur Kenntnis zu nehmen und durch Programme, vorbildliches Handeln und Führungsverhalten anzugehen. Ohne Anerkennung und ein Handeln, um solchen Rassismus zu beseitigen, kann er als Teil des Ethos oder der Kultur der Organisation weit verbreitet sein.“

(vgl. Gomolla, 2008).

Im Allgemeinen wird in den Medien, der Politik und dergleichen, wenn über Menschen mit Migrationsgeschichte gesprochen wird, über Defizite und damit einhergehend über die Probleme der MigrantInnen hauptsächlich bezüglich ihrer „ihrer“ mangelnden Integration in „unsere“ Gesellschaft berichtet.

So gibt es bereits zahlreiche Maßnahmen zur Erleichterung des Zugangs zum Gesundheitssystem für Menschen mit Migrationsgeschichte, indem man „deren ihren“ Defiziten arbeitet und die Kompetenzen der Menschen verbessert: Man hält Sprachkurse ab oder macht Informationsveranstaltungen. Eines haben all diese Maßnahmen gemeinsam – sie benützen die Einbahnstraße und wollen damit Integration erreichen! Ziel der Maßnahmen ist somit die Reparatur der Symptomträger und Kompensation ihrer Defizite – das System bleibt unverändert. An struktureller Diskriminierung wird bewusst oder unbewusst festgehalten. Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten der Menschen mit Migrationsgeschichte sind die genannten Hauptprobleme, dabei wird oft so getan, als hätten MigrantInnen keine Sprachkenntnisse - nur mangelnde Deutschkenntnisse. Gehört es nicht auch dazu, Sprachenvielfalt im Gesundheitssystem zu fördern?



Interkulturelle Öffnung der Regeldienste als Herausforderung, die sich das System stellen muss. So wird zwar mit MultiplikatorInnen im Ehrenamt gearbeitet, aber nur bis zur Laufzeit des jeweiligen Projektes, ohne das jene je Chance bekämen danach bei der Organisation angestellt zu werden. Der interkulturellen Öffnung liegen somit folgende Stolpersteine im Weg: Akzeptanzprobleme seitens der Mitarbeiterschaft, Verdrängung von Zugangsproblemen, Einstellungsbarrieren, Zeitlicher Aufschub der Reform unter dem Vorwand des wirtschaftlichen „Sparzwangs“. Aber auch die geringe politische Partizipation von Menschen mit Migrationsgeschichte und fehlender Interessensvertretung und Lobby geht mit der geringen Durchsetzungsfähigkeit zur Veränderung einher. Vielerorts fehlt schlichtweg die Perspektive für Interkulturalität und Vielfalt – und dies auf allen Ebenen – bei der Gesellschaft und Politik, bei Organisationen und den MitarbeiterInnen.

Unter der Maxime, dass Österreich ein Einwanderungsland ist, leben wir in einer multikulturellen Gesellschaft. Daher müssen wir eben diese Vielfalt sichtbar und erlebbar machen. Dafür ist es notwendig das Thema Migration im politischen Sinne weg von der Kriminalpolitik und Defizitorientierung zu bringen und sich der Antidiskriminierungsrichtlinien sowie der strukturellen Diskriminierung von Behörden und Institutionen anzunehmen – man braucht klare Zuständigkeiten und Verantwortliche – im Bund, in den Ländern und den Kommunen.

Bei Organisationen braucht man v.a. die Bereitschaft der Führungsebene und innovative Konzepte für die Personalentwicklung und interkulturelle Öffnung voranzutreiben, sowie MitarbeiterInnen, welche sich im Sinne der interkulturellen Kompetenz Fortbilden, Selbstreflexion betreiben und ihre innere Abwehr überwinden. Wir müssen Diversität und Vielfalt als Chance für die gesellschaftliche Entwicklung ansehen, brauchen gezielte Bildungsmaßnahmen, eine sichere Finanzierung aller integrativer Maßnahmen und die Teilhabe von MigrantInnen in allen Hierarchie-Ebenen und gesellschaftlichen Bereichen.

Mit dem Projekt SEGAME, den dabei durchgeführten Aktivitäten, und v.a. mit dem entwickelten Leitfaden will IKEMBA zur Selbstreflexion von Personen und Institutionen anregen und damit einen Schritt entgegen die Einbahn – hin zu einer ernsthaften Auseinandersetzung und Diskussion - setzen!



Literaturtipp: Checkliste für Interkulturalität von Arif Ünal

Organisationsentwicklung und Personalpolitik

- 1) Welche MigrantInnengruppen werden als Zielgruppe definiert?
- 2) Welche Interkulturellen Aussagen werden in der Konzeption oder Satzung berücksichtigt?
- 3) Welche sonstigen Regelungen (Dienstanweisung, Richtlinien usw.) bestehen in Bezug auf Interkulturalität?
- 4) Wurde bei der Konzeptentwicklung mit den spezifischen Eigenarten der Zielgruppen auseinandergesetzt?
- 5) Wie hoch ist der Anteil von MigrantInnen und der KlientInnen/PatientInnen?
- 6) Wie hoch ist der Anteil von MigrantInnen und den MitarbeiterInnen?
- 7) Wird bei der Stellenbeschreibung darauf hingewiesen, dass wegen interkultureller Offenheit MigrantInnen bevorzugt berücksichtigt werden?
- 8) Welche Aufgaben übernehmen MigrantInnen?
- 9) Entspricht die MitarbeiterInnenstruktur der KlientInnen?
- 10) Gibt es MigrantInnen in leitenden Positionen?
- 11) Haben die leitenden MitarbeiterInnen Interesse an interkulturellen Themen?
- 12) Gibt die Leitung Raum für interkulturelle Kommunikation?

Leitsystem

- 1) Gibt es Hinweisschilder/Wegweiser in den Einrichtungen in den Sprachen der Klientel?
- 2) Woran würden die BesucherInnen noch erkennen, dass sie eine interkulturelle Einrichtung betreten?

Fort- und Weiterbildung des Personals

- 1) Gibt es regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu interkulturellen Themen?
- 2) Ist der Besuch solcher Veranstaltungen erwünscht und wird von der Leitung gefördert?
- 3) Nehmen auch leitende MitarbeiterInnen an Workshops und/oder Seminaren zu interkulturellen Themen teil?
- 4) Werden in solchen Veranstaltungen auch die Themen wie: Diskriminierung, Vorurteile, Rassismus usw. behandelt?



- 5) Gibt es ausreichend Literatur für MitarbeiterInnen zu interkulturellen Themen?
- 6) Gibt es in der Einrichtung eine Controlling-Instanz?
- 7) Werden die Probleme der MitarbeiterInnen ernst genommen und die Vorschläge berücksichtigt?
- 8) Werden die MitarbeiterInnen beim Erwerb verschiedener Sprachen gefördert?

Öffentlichkeitsarbeit

- 1) Betont die Einrichtung in der Öffentlichkeit ihr Interkulturalität?
- 2) Werden Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen herausgegeben?
- 3) Gibt es gezielte Informationsmaterialien für MigrantInnen?
- 4) Werden ständig verwendet Formulare/Merkblätter mehrsprachig vorbereitet?

Setting

- 1) Wird bei der Essensvorbereitung (Küche, Kantine,...) die kulturellen Bedürfnisse der MigrantInnen berücksichtigt?
- 2) Gibt es Besuchsräume und werden sie von den BesucherInnen angenommen?
- 3) Gibt es in den Aufenthalts- und Besuchsräumen ausländische Zeitungen und Zeitschriften?
- 4) Gibt es in der Einrichtung Gebetsmöglichkeiten für Moslems, Juden, usw.
- 5) Werden in der Körperpflege die kulturellen Eigenarten wie Schamgefühl, Ehre, usw. ernst genommen?
- 6) Werden bei der Planung der Sanitäranlagen die Bedürfnisse der Zielgruppen berücksichtigt?
- 7) Sind die Besuchszeiten flexibel?
- 8) Werden die Feste (Opferfest, Zuckerfest, Schabat usw.) wie Weihnachten gefeiert?



Kosten- und Marketingaspekte

- 1) Wird regelmäßig die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung kontrolliert?
- 2) Werden die Entwicklungstendenzen und Maßnahmen dokumentiert?
- 3) Gibt es in der Einrichtung eine Innovationsgruppe, die unter Berücksichtigung die Wirtschaftlichkeit die Qualität der Versorgung verbessert?
- 4) Gibt es im Einzugsgebiet andere Einrichtungen, die spezielle Angebote für MigrantInnen machen?
- 5) Gibt es Erfahrungsaustausch unter ähnlichen Einrichtungen?
- 6) Ist eine Dokumentation/Evaluation oder wissenschaftliche Begleitung geplant oder angestrebt?
- 7) Was wird unternommen, die Interkulturalität zu überprüfen?

Quelle: Tagungsdokumentation - Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie, 2008.

Der Verein IKEMBA

Die Vision : Eine Gesellschaft in der Vielfalt gelebt und wertgeschätzt wird. Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit und allen weiteren konstruierten Kategorien gehören der Vergangenheit an. Jede Person wird in ihrer Individualität geachtet. Aus dieser inklusiven Gesellschaftsstruktur resultieren Chancengleichheit und gerechte Teilhabemöglichkeiten. Aktuell leben wir in einer diversen Gesellschaft, in welcher Unterschiede zu Ungleichgewicht in Chancen, Ressourcen und Partizipationsmöglichkeiten führen und zwar in allen gesellschaftlichen Bereichen: Bildung, Arbeit, Wohnen, Freizeit, Politik, Soziales und Gesundheit. Um marginalisierten Personen den Zugang zu ermöglichen sind Integrationsmaßnahmen notwendig. Für IKEMBA ist Integration keine Einbahnstraße. Sowohl die Seite der etablierten Bevölkerung als auch die von der Teilhabe ausgeschlossenen Menschen benötigen zusätzliche Kompetenzen, um der Vision der inklusiven Gesellschaft einen Schritt näher zu rücken.

IKEMBA wurde 2007 von einer Gruppe engagierter PraktikerInnen des Sozialbereiches als eine Antwort auf eine akute Versorgungslücke in Graz gegründet. In der Praxis wurde deutlich, dass zahlreiche Personen keinen Zugang zu Beratungs-, Bildungs- und Unterstützungsleistungen haben. IKEMBA ist ein vorwiegend von MigrantInnen gegründeter Verein und eine Anlaufstelle für psychosoziale Fragen, für interkulturelle Erziehungs- und Bildungsfragen und für die soziale Integration in die österreichische Gesellschaft.

Der Verein IKEMBA tritt für die Wertschätzung von und die Auseinandersetzung mit Vielfalt ein, um ein friedliches Zusammenleben in der Steiermark zu ermöglichen. Wir wollen Zugangsbarrieren entgegenwirken, um es allen hier lebenden Menschen zu ermöglichen, erforderliche Unterstützung



zu erhalten und an der Gesellschaft zu partizipieren. Diese Ziele versuchen wir durch aufsuchende und niederschwellige Arbeit auf gleicher Augenhöhe sowie durch Bildungsinitiativen für Regeldienste zu erreichen.

DANKSAGUNG

Ermöglicht wurde die Umsetzung des Projektes SEGAME durch die finanzielle Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich sowie der Stadt Graz Integrationsreferat und Gesundheitsamt – herzlichen Dank dafür!

Danken möchten wir ebenfalls den unterschiedlichen Communitys, die das Projektteam aufs herzlichste in ihren Räumlichkeiten empfangen haben und uns damit die Möglichkeit gaben zu erleben was Gemeinschaft für sie bedeutet, sowie allen sehr engagierten Gruppen- bzw. Community–LeaderInnen, ohne die ein so intensiver Kontakt und Austausch über seelische Gesundheit und psychische Erkrankung nicht möglich gewesen wäre.

Ebenso möchten wir uns bei den LeiterInnen und den MitarbeiterInnen der folgenden Institutionen und Einrichtungen für die Teilnahme und das Interesse an den Projektaktivitäten herzlich bedanken:

- Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz
- Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen, Graz West
- OMEGA, Verein für Opfer von organisierter Gewalt und Menschenrechtsverletzungen
- ZEBRA, Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum
- Psychosoziales Zentrum Graz Ost, Plüddemanngasse
- Psychosoziales Zentrum Graz Ost, Hasnerplatz
- Pro Mente Steiermark
- Caritas Graz
- Wohnplattform Steiermark, Betreutes Wohnen
- LKH-Psychiatrische Abteilung
- b.a.s., Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
- Sozialmedizinisches Zentrum SMZ Liebenau
- Verein JUKUS
- Frauenservice
- Medizinische Universität Graz
- Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
- VertretungsNetz
- alle niedergelassenen ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen welche an der Onlineumfrage teilgenommen haben

Vor allem aber geht großer Dank an Frau Prim. Dr.ⁱⁿ Wiltrud Hackinger für ihre Unterstützung bei der Ankündigung und Bewerbung der Projektaktivitäten sowie bei der Organisation der Aktivitäten im Rahmen des Interkulturellen Arbeitskreises, LSF Graz!



Verwendete Literatur und weiterführende Literatur

- Assion, H.J. (Hrsg.) (2005). **Migration und seelische Gesundheit**. Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Boroffka, A. (2006). **Psychiatry in Nigeria**. (a partly annotated Bibliography). Brunswiker Universitätsbuchhandlung – Medizin, Kiel.
- Bulayumi, E.F.N. (2001). **Sterbebegleitung als Lebensbegleitung - eine imperative ethische Notwendigkeit**. Edition Pro Mente, Linz.
- Cook, Ch.; Powell, A. & Sims, A. (2009). **Spirituality and Psychiatry**. London: Royal College of Psychiatrists Press.
- Domenig, D. (Hrsg.) (2007). **Transkulturelle Kompetenz**. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber.
- Ebigbo, P.O. (1995). **Harmony Restoration Therapy**. An African Contribution to Psychotherapy. In: Ebigbo, P.O. et al. (1995). *The Practice of Psychotherapy in Africa*. Proceedings of the International Federation for Psychotherapy (IFP) Conference Lagos. 6- 9 November, 1995. Chumez Enterprises, Enugu. S. 10-32.
- Ebigbo, P.O. et al. (1997). **Wawa Technique in Harmony Restoration Therapy**. An African – Psychiatric Perspective. MEDDIKA. The International Journal of the University of Nigeria Medical students, July 1997 Edition S. 5-11.
- Gaitanides, S. (2002). **Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil**. In: Kawamura (Hrsg.). *Migration, Kriminalität und Kriminalisierung*, Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Gaitanides, S. (2004). **Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste – Visionen und Stolpersteine**. In: Rommelspacher, B. (Hrsg.). *Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten*. Dokumentation der Fachtagung vom 23.09.2003, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. S. 4-18.
- Ganyi, F.M. & Ogar, A.P. (2012). **Orality and Medicine**. The Efficacy of the Word in the Practice of Therapeutic Cures in Traditional African Medicine Studies in Sociology of Science Vol. 3, No. 3, 2012, S. 31-35.
- Gomolla, M. (2008). **Institutionelle Diskriminierung im Bildungs- und Erziehungssystem: Theorie, Forschungsergebnisse und Handlungsperspektiven**. http://www.migration-boell.de/web/integration/47_1495.asp [Stand:28.01.2013]
- Hegemann, T. (2004). **Interkulturelle Kompetenz**. In: Wogau, J.; Eimmermacher, H. & Lanfranchi, A. (Hrsg.). *Therapie und Beratung von Migranten, Systemisch-interkulturell denken und handeln*, Weinheim: Beltz.
- Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.) (2001). **Transkulturelle Psychiatrie**. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Kayser, A. & Kläui, H. (2010). **Transkulturelle Kompetenz – Notwendigkeit oder Freifach?** In: Bulletin des médecins suisses | Schweizerische Ärztezeitung | Bollettino dei medici svizzeri | 2010, 91, 17.
- Kläui, H. (2009). **Krankheit und transkulturelle Kommunikation**. <http://www.tbinfo.ch/de/dienstleistungen/tb-symposium/2009.html> [Stand: 28.01.2013]



- Kohnert, D. (2006). **Afrikanische Migranten vor der „Festung Europa“**. GIGA Focus Afrika, Nr. 12, Hamburg.
- Kraus, M. (2006). **Somatisierung im kulturellen Kontext**. In: Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (Hrsg.). Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 370.
- Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2008). **Tagungsdokumentation. Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie**. Dokumentation der Kooperationsveranstaltung von SPKoM und Landschaftsverband Rheinland am 29.04.2008 in Klön-Deutz, Horion-Haus.
- Machleidt, W. (2009). **“Wesentliche Merkmale interkultureller Psychotherapie”**. Vortrag im Rahmen der 59. Lindauer Psychotherapiewochen 2009. (www.Lptw.de)
- Machleidt, W.; Garlipp, P.; Callies, I.T. (2005). **Die 12 Sonnenberger Leitlinien- Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von MigrantInnen**. In: Assion, H.J. (ed.). Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer, S. 215-230.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.) (2011). **Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie**. Migration und psychische Gesundheit. Elsevier GmbH, München.
- Okafor, D.I. (2004). **Social work in Nigeria – a Historical Perspective**. Onitsha: Mid-field Publishers.
- Rommelspacher, B. & Kollak, I. (2008). **Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen**. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.
- Sabbioni, M. & Kuhn, M. (2004). **Die Migrationsspezifische Anamnese**. In: Primary Care 2004;4: Nr. 10, S. 191 – 193.
- Sauer, W. (1996). **Das afrikanische Wien**. Ein Stadtführer zu Bieber, Malangatana & Soliman: SADOCC / Mandelbaum, Wien.
- Schopf, A. & Franges, H. (2010). **Die Partizipation von MigrantInnen an lokalen gesundheitsfördernden Angeboten in Wien**. Deutsche Zusammenfassung des Berichts über die fördernden und hindernden Faktoren für die Teilnahme aus der Perspektive von MigrantInnen. Wien.
- Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H. & Engleder, A. (2006). **Migrantinnen im Gesundheitssystem**. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsbl.- Gesundheitsforsch. –Gesundheitsschutz. 49:884–892 DOI 10.1007/s00103-006-0022-8. Springer Medizin Verlag. [Stand: 28.01.2013]
- Von Schlipp, A.; El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2004). **Multikulturelle Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision**. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg.
- Wohlfahrt, E.; Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). **Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie**. In: Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (Hrsg.). Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 143-154.