

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin**

Transkulturelle Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung.
Konzepte und Perspektiven.

Kumulative Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Vorgelegt von
Dipl. Psych. Theresa Steinhäuser

Berlin, 2020

Datum der Disputation: 25.02.2021

Erstgutachterin

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Zweitgutachterin

Prof. Dr. Babette Renneberg

Danksagung

Ich habe von vielen Menschen Unterstützung erfahren und möchte mich bei allen bedanken, die mich bei dieser Arbeit in unterschiedlicher Weise begleitet haben. Nicht alle können hier für ihre fachlichen Anregungen, ihre Ermutigungen und ihre weiterführenden Gedanken namentlich genannt werden.

Zunächst möchte ich allen Studienteilnehmenden für ihre Bereitschaft danken, sich auf die zum Teil recht langen und intensiven Gespräche mit mir einzulassen. Ohne ihre Offenheit, mich an ihren Gedanken und Erfahrungen teilhaben zu lassen, wäre diese Arbeit nicht entstanden. Auch bin ich für das mir entgegen gebrachte Vertrauen, dass ich mit ihren Aussagen verantwortungsvoll umgehe, ausdrücklich dankbar.

Mein besonderer Dank gilt meiner Erstgutachterin Anna Auckenthaler, der ich für ihre gewissenhafte und verlässliche Unterstützung meiner Arbeit danke. Ihre Offenheit für das Thema, ihre fachliche Kompetenz und ihr unermüdliches Engagement für mich, haben maßgeblich zum Zustandekommen dieser Arbeit beigetragen.

Meiner Zweitgutachterin Babette Renneberg bin ich für wertvolle Hinweise in Bezug auf die Publikation meiner Daten sehr dankbar. Ihre unverzügliche Zusage zur Zweitbegutachtung meiner Arbeit und die Möglichkeit zum Wechsel in ihren Arbeitsbereich nach der Emeritierung von Anna Auckenthaler haben mich sehr motiviert.

Dieter Kleiber danke ich für seine unvoreingenommene Zusage in die Begutachtung und seine Beratung in Sachen Berufsplanung. Gaby Ballhausen sei gedankt für die unermüdliche Unterstützung im Transkriptionsprozess.

Den Studierenden, die ihre Abschlussarbeiten unter meine Betreuung und meine Themen stellten, danke ich für ihre Leidenschaft am Thema Migration und ihren Elan, sich mit Interesse in die qualitative Methoden einzuarbeiten. Ihre Wissbegier und ihr Tatendrang rissen mich ein ums andere Mal mit.

Den beiden Forschungsgruppen bin ich sehr dankbar für das ehrliche Feedback, auf das ich immer zählen konnte. Sie haben mir mitunter den Zutritt zu gänzlich anderen Denkweisen ermöglicht, was ich fachlich und persönlich als große Bereicherung erlebt habe.

Steffen Schödwell danke ich für seine Unterstützung während des gesamten Forschungsprozesses. Nicht nur seine fachliche Kompetenz, sondern auch sein großes Vertrauen in mich und in die Relevanz des Themas haben mich auch in schwierigen Phasen immer wieder ermutigt, weiter zu machen. Annika Manegold und Lana Boteler danke ich für ihre kompetenten Hinweise im Korrekturprozess.

Danken möchte ich auch meiner Cousine Lydia-Maria Quart für die zahllosen Gespräche und ihre Unterstützung. Ihre kreativen Gedanken haben meine Arbeit sehr bereichert.

Meinem Partner Stéphane Lelarge danke ich für sein unbeirrbares Vertrauen in meine Fähigkeiten und für sein vorbehaltloses Akzeptieren meiner beruflichen Pläne. Danke für die Selbstverständlichkeit, mit der du all unsere Lebenswünsche vereinst.

Zuletzt danke ich meinen Eltern und meinem Bruder für ihren unermüdlichen Zuspruch, ihre Weisheit, ihren Glauben an mich und all ihre Unterstützung.

Kurzzusammenfassung (Deutsch)

Auch im Jahr 2020, fünf Jahre nach der so genannten Flüchtlingskrise, steht das deutsche psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitssystem vor der Herausforderung, immer mehr Menschen aus verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Sprachen angemessen zu behandeln. Obwohl das Thema in den letzten Jahren zunehmend an Relevanz in Forschung und Praxis gewonnen hat, mangelt es an aktuellen empirischen Daten zur Versorgungslage von Patienten mit Migrationshintergrund. Die wenigen Untersuchungen deuten auf eine Fehlversorgung von Patienten¹ mit Migrationshintergrund in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hin. Dabei ist allerdings bislang wenig darüber bekannt, wie Patienten mit Migrationshintergrund einerseits und Behandler in der psychosozialen Versorgung andererseits, die Behandlung einschätzen und welchen Bedarf und welche Lösungsvorschläge sie sehen.

Bislang werden transkulturellen Kompetenzen von Mitarbeitern eine zentrale Rolle für eine Verbesserung der Versorgungsbedingungen zugeschrieben. Dabei ist nach wie vor nicht geklärt, was transkulturell kompetentes Handeln für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung genau beinhalten könnte. Entsprechend widmet sich die vorliegende Arbeit zunächst der Einführung zentraler Begriffe. Es gilt zu klären, wer eigentlich gemeint ist, wenn von „Menschen mit Migrationshintergrund“ gesprochen wird. Auch die Begriffe „Kultur“ und „Transkulturelle Kompetenz“ werden ausführlich dargestellt. Weiterhin wird der aktuelle Stand der psychosozialen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland wiedergegeben. Dabei liegt ein Fokus auf möglichen Gründen für die bestehende Fehlversorgung sowie den bislang diskutierten Lösungsvorschlägen. Es folgt die Darstellung über den Stand der Aus- und Weiterbildung von Behandlern in transkulturellen Kompetenzen. Der Abschnitt schließt mit einem Überblick

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet, wenn es sich um Beschreibungen beider Geschlechter handelt. Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die männliche Form in diesen Fällen explizit als geschlechtsunspezifisch zu verstehen ist.

über den aktuellen Forschungsstand zur Perspektive von Patienten mit Migrationshintergrund und Behandlern auf die transkulturelle Behandlung.

In der vorgelegten kumulativen Dissertation werden qualitative Daten aus fünf Untersuchungen zusammengeführt. Bei den Daten handelt es sich zum einen um Textpassagen und Definitionen von transkultureller Kompetenz aus deutsch- und englischsprachigen Fachartikeln, zum anderen um Daten aus insgesamt 41 Interviews mit Patienten mit Migrationshintergrund sowie mit Behandlern. Als qualitative Auswertungsmethoden kamen die Grounded Theory sowie die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse zum Einsatz.

Im Rahmen eines Literaturreviews (Publikation 1) wurden Textpassagen und Definitionen von transkultureller Kompetenz aus 130 deutsch- und englischsprachigen Artikeln auf die Frage hin untersucht, welche Konzeptionen von transkultureller Kompetenz es in Psychologie, Medizin und angrenzenden Fachdisziplinen gibt und welche für die psychosoziale Versorgung relevant sein könnten. Die Analyse ergab drei Ansätze von transkultureller Kompetenz, den technologischen Ansatz, den Komponentenansatz sowie den Haltungs- und Einstellungsansatz. Es werden verschiedene Kriterien aufgezeigt, die bei der Einschätzung von Vorschlägen zur Umsetzung von transkultureller Kompetenz in der Praxis helfen können. An die Frage, was unter transkultureller Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu verstehen ist, schließt die Überlegung an, inwiefern es sich bei der Kompetenz um eine „Spezialkompetenz“ handelt oder ob anzunehmen ist, dass die Qualifikation für transkulturell kompetentes Handeln bereits in den allgemeinen Kernkompetenzen psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitens aufgeht. Dieser Frage wurde in Publikation 4 nachgegangen. Behandler und Patienten mit Migrationshintergrund wurden nach ihren Vorstellungen von transkultureller Kompetenz gefragt. Es zeigte sich, dass sich nach Ansicht der Befragten, transkulturelle Kompetenzen in allgemeinen psychotherapeutischen Kernkompetenzen abbilden. Eine zentrale Schlüsselqualifikation für

transkulturell kompetentes Handeln scheint die Fähigkeit zum individualisierten Vorgehen in der Behandlung zu sein.

In einer weiteren Untersuchung wurden die aus den Interviews mit Behandlern erhobenen Daten hinsichtlich der Frage untersucht, wie sie die Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund erleben (Publikation 2). Es zeigte sich, dass die Arbeit mit dieser Klientel für die befragten Behandler als sehr herausfordernd und häufig verunsichernd empfunden wird. Auch wurde deutlich, dass das professionelle Selbstkonzept der Behandler Einfluss auf das Erleben in der Behandlung zu haben scheint. Ein professionelles Selbstkonzept als „lebenslang Lernender“, der die im Rahmen der transkulturellen Behandlung offenbar häufiger auftretenden Unsicherheiten bezogen auf die Symptomatik oder die adäquate Behandlung als immanenten Bestandteil der Behandlung ansieht, scheint mit mehr Offenheit einherzugehen, die Klientel überhaupt in die Behandlung aufzunehmen (Publikation 3). Daraus lassen sich Implikationen für die Aus- und Weiterbildung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlern ableiten.

Den Erfahrungen von Behandlern wurden in einer weiteren Studie die Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund gegenüber gestellt und geschaut, wie diese die bestehenden Versorgungsangebote bewerten. Ein Schwerpunkt bildete dabei die Frage, wie sie den Zugang zum psychosozialen Versorgungssystem einschätzen (Publikation 5). Es zeigte sich auch hier, dass die befragten Patienten jedes „technologische“ Vorgehen in der Behandlung ablehnten und sich besonders von Behandlern angesprochen fühlten, die individuell auf ihre Anliegen eingehen konnten. Demgegenüber schätzten sie „kulturspezifisches“ Expertenwissen als unwichtig für eine gelungene Behandlung ein. Spezialangebote bewerteten die Befragten aus Angst vor weiterer Stigmatisierung und Ausgrenzung als problematisch und wünschten sich eher Unterstützung und Aufklärung – auch auf verschiedenen Sprachen – beim Zugang zum deutschen Versorgungssystem.

Das übergeordnete Ziel der Arbeit ist die Verbesserung der Versorgungsbedingungen von Patienten mit Migrationshintergrund. Die vorgelegte Arbeit bietet neben der ausführlichen Darstellung der einzelnen Studien eine Zusammenführung der Ergebnisse und gibt Hinweise auf

1. Ursachen für bestehende Fehlversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung
2. Möglichkeiten zum Abbau von Engpässen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund
3. den Nutzen präventiver Maßnahmen in der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund
4. die Konzeption von transkultureller Kompetenz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung
5. die Aus- und Weiterbildung von psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachpersonal

Transcultural competence in psychiatric-psychotherapeutic care.

Concepts and perspectives.

Abstract (English)

In the year 2020, five years after the so-called refugee-crisis, the German psychiatric-psychotherapeutic health care system still faces the challenge of adequately treating an increasing number of people from different countries who speak different languages. Even though this topic has been seen as increasingly relevant in both research and health care practice, still there remains a lack in up-to-date empirical data on the care situation of patients with migration background.

The few studies on this topic which already have been conducted, suggest a current situation of under-care in patients with migration background in psychiatric-psychotherapeutic care. There still is little knowledge of how the treatment situation is perceived by patients with migration background and by health care providers in the psychosocial health care system, and it remains vastly unknown what needs they perceive and which possible suggestions for solutions they see.

So far, transcultural competences of health care providers has been seen as playing a central role in the improvement of supply conditions. However, it is still not understood specifically what transculturally competent behaviour in the sector of psychiatric-psychotherapeutic actually entails. In this line of thought, this synopsis first addresses defining the central terminology: who is actually meant, when speaking of “people with migration background”? What is entailed in the terms “culture” and “transcultural competence”? Furthermore, the current status quo of psychosocial care of patients with migration background is presented and reasons for the current under-care is being discussed.

Following is the presentation of the status quo of trainings and further qualifications of health-care providers in the area of transcultural competences. The theoretical part of this work closes with an overview of the current research on perspectives of the interacting parties –

patients with migration background and health care providers - on the transcultural treatment situation.

In this work, data of five studies is being integrated. This data, on the one hand, consists of excerpts of texts and definitions of transcultural competence in 130 German- and English-language articles, and on the other hand of data from 41 interviews with patients with migration background as well as health care providers. The chosen method of analysis was Grounded Theory and content-structural qualitative content analysis.

As part of a literature review (publication 1), excerpts of texts and definitions of transcultural competence in 130 German- and English-language articles have been examined on the question which concepts exist in psychology, medicine and related fields, and which could be relevant for the psychosocial care situation. The analysis showed three aspects of transcultural competence (technological aspect, component aspect, as well as attitude aspect). Different criteria are being presented, which can be helpful when assessing suggestions to implement transcultural competence in health care practices. Connected to the question of how transcultural competence in psychiatric- psychotherapeutic care can be understood, is the question of whether this competence is a “special competence” or whether qualifications for transculturally competent behaviour are already included in core-competences of psychiatric-psychotherapeutic practise. This question has been addressed in publication 4. Health care providers and patients with migration background have been asked about their understanding of transcultural competence. It was shown that according to the interviewed subjects, transcultural competence is included in general psychotherapeutic core-competences. The ability of the health care provider to act individualised in the respective health care situation seems to be a central key qualification for transculturally competent behaviour. In another study, the assembled data from interviews with health care providers was analysed, addressing the questions of how providers experience working with patients with migration background (publication 2). It was shown, that working with this clientel is experienced as

very challenging and often times brings up insecurities in providers. In this regard, it was also shown that the professional self-concept of providers seems to have an influence on the experience that providers have of the care situation. A professional self-concept as “life-long-learning person” - a person who in regard to transcultural care, sees these increased insecurities regarding symptoms or adequate care as an imminent part of the care situation - seems to be going hand in hand with increased openness to even take on these clients into the care situation (publication 3). This suggests implications for the training and further qualifications of psychiatric-psychotherapeutic health-care providers.

In another study, practitioners’ experiences were compared to experiences of patients with migration background, and it was asked how they themselves judge the existing a central focus in this work (publication 5). Also here, it was shown that the subjects rejected any kind of “technological” approach in the care situation and felt especially well taken care of by practitioners who were able to address their patients’ concerns in an individualised manner. In contrast to this, they considered “culturally specific expert knowledge” to be irrelevant for a successful treatment. Special treatment was even considered problematic by the interviewed subjects, as in potentially increasing stigmatisation and rejection, and they rather wished for support and information (also offered in specific languages).

The overarching aim of this work lies in improving the care conditions of patients with migration background. The presented work offers an in-depth presentation of the respective five studies, as well as a synopsis of the findings. Furthermore, it will present implications for

1. Causes of the present under care of patients with migration background in psychiatric-psychotherapeutic care
2. Options for decreasing shortages in the psychiatric-psychotherapeutic care of patients with migration background
3. The value of preventative measures in the care of patients with migration background

4. Conceptualisation of transcultural competence in psychiatric-psychotherapeutic care
5. Training and specialisation of staff in psychiatric-psychotherapeutic care

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	16
2. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung	22
2.1 Begriffsbestimmung	22
2.1.1 Der Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“	23
2.1.2 Die Begriffe Kultur und Transkulturelle Kompetenz	26
2.1.2.1 Der Kulturbegriff	27
2.1.2.2 Zur Kritik an den Kulturbegriffen	30
2.1.2.3 Der Begriff transkulturelle Kompetenz	32
2.1.2.4 Kritik am Konzept der transkulturellen Kompetenz	34
2.2 Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Bedarf, Herausforderungen, Lösungsansätze	35
2.2.1 Die aktuelle psychosoziale Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund	36
2.2.2 Gründe für die Fehlversorgung	38
2.2.3 Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung	39
2.3 Stand der Aus- und Weiterbildung in transkultureller Kompetenz	39
2.4 Die transkulturelle Behandlungssituation aus Sicht der Akteure	43
2.4.1 Die Perspektive der Patienten	44
2.4.2 Die Perspektive der Behandler	46
2.5 Die Forschungsfragen	48
3. Methodisches Vorgehen und Datenbasis	50
3.1 Studiendesigns	51
3.2 Datenbasis und Zugang zum Datenmaterial	53
3.3 Datenerhebung	55
3.3.1 Literaturrecherche nach Hasseler (2007)	55
3.3.2 Problemzentriertes Interview nach Witzel (1985)	56
3.4 Auswertungsmethoden	57
3.4.1 Auswertung nach der Grounded Theory	57
3.4.2 Auswertung nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse Mayring (2010)	58
3.5 Subjektivität und Selbstreflexion im qualitativen Forschungsprozess	60

3.5.1 Darstellung des eigenen Vorwissens und eigener Präkonzepte	60
3.5.2 Reflexion des Auswertungsprozesses	61
3.5.3 Methodische Herausforderung: Verwendung des Begriffs „Mensch mit Migrationshintergrund“ auf Basis einer dynamischen Kulturbegriffsdefinition?!	63
4. Ergebnisse	65
4.1 Publikation 1: Steinhäuser et al_ „Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews“	66
4.2 Publikation 2 : Steinhäuser et al_ „Limitations of trainings in cross-cultural competence- The practitioner perspective“	68
4.3 Publikation 3 : Steinhäuser et al_ „Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung.“	74
4.4 Publikation 4 : Steinhäuser et al_ „Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz?“	76
4.5 Publikation 5 : Steinhäuser et al_ „Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben.“	77
5. Diskussion	80
5.1 Diskussion der Ergebnisse	80
5.2 Diskussion des methodischen Vorgehens	90
6. Grenzen der Untersuchung und Ausblick	96
7. Literaturverzeichnis	98
Anhang	113
Anhang A Originalpublikationen	114
Publikation 1	115
Publikation 2	125
Publikation 3	143
Publikation 4	150
Publikation 5	161
Anhang B Basismerkmale der Interviewteilnehmer	179
Anhang C Interviewleitfäden	182
Anhang D Postskript	201
Anhang E Teilnehmerinformationsschreiben	203
Anhang F Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie	205
Anhang G Kurzfragebogen Behandler	207

Anhang H	Transkriptionssystem (nach Mergenthaler & Mühl, 1992)	209
Anhang I	Beispieltranskript IP 11B	211
Anhang J	Beispiel Codiersystem mit MAXQDA	212
Anhang K	Regeln zur Zuordnung von Textstellen zu Kategorien für inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse	214
Anhang L	Auswertungsbeispiele	215
Anhang M	Überblick über den Anteil der Promovendin an den einzelnen Publikationen	220
Anhang N	Lebenslauf	223
Anhang O	Eidesstattliche Erklärung	225
Anhang P	Übersicht Publikationen	226

1. Einleitung¹

Das Thema Migration und Fragen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland könnte im Jahr 2020, insbesondere fünf Jahre nach der so genannten Flüchtlingskrise, aktueller kaum sein: Auf der einen Seite stehen wir den Herausforderungen eines weltweit zu beobachtenden gesellschaftlichen wie politischen Rechtsrucks gegenüber, der als Angriff auf unsere Demokratie, der freien Meinungsäußerung und jeglicher Integrationsbemühungen der vergangenen Jahre gewertet werden muss (Görlach, 2019).

Auf der anderen Seite ist Deutschland mit 20,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2019) nach wie vor eines der größten und nicht zuletzt auch beliebtesten Einwanderungsländer, Tendenz steigend. Umso bedeutsamer erscheint die Frage, wie Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland an gesellschaftlich wichtigen Bereichen gleichberechtigt beteiligt werden und mithin Zugang zum (psychiatrisch-psychotherapeutischen) Gesundheitssystem erhalten können, mit dem Ziel einer für sie zufriedenstellenden Behandlung. Wie viele der hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund bedürfen aber überhaupt psychiatrischer oder psychotherapeutischer Unterstützung?

Die Befundlage zur Prävalenz psychischer Störungen bei dieser „Personengruppe“² nimmt sich noch immer spärlich aus (Dingoyan et al., 2017). Darüber hinaus spiegeln die wenigen Befunde ein heterogenes Bild wider: Einige Studien deuten darauf hin, dass generell keine höhere psychosoziale Morbidität vorliegt (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz & Priebe, 2008) oder, dass

¹ Die vorliegende Arbeit dient nicht nur der Zusammenfassung, sondern auch als Leseanleitung für die dieser kumulativen Dissertation zugrunde liegenden Publikationen.

² Die Autorin ist sich bewusst, dass die Definition „Mensch mit Migrationshintergrund“ Menschen umfasst, die sich bezüglich verschiedener Merkmale unterscheiden und nicht von einer homogenen Gruppe ausgegangen werden kann.

die Prävalenz gegenüber Nicht-Migranten in etwa gleich hoch ist (Lay, Nordt & Rössler, 2007). Andere Untersuchungen zeigten, dass die Prävalenz psychischer Störungen erhöht sei (Dingoyan et al., 2017; Janssen-Kallenberg et al., 2017; Missinne & Bracke, 2012; Wittig, Lindert, Merbach, & Brähler, 2008). Möglicherweise bedürfen also Patienten mit einem Migrationshintergrund in erhöhtem Maße einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung. Wie ist das deutsche Gesundheitssystem auf diesen erhöhten Bedarf vorbereitet? Verschiedentlich ist in den letzten Jahren darauf aufmerksam gemacht worden, dass sich das deutsche Gesundheitssystem noch nicht auf die steigende Pluralität und Heterogenität unserer Gesellschaft eingestellt habe (vgl. Polat, 2018). Auch für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung gilt: Bislang ist eine gleichberechtigte Partizipation an gesundheitsbezogenen Maßnahmen von Patienten mit Migrationshintergrund in weiter Ferne. Die Forderung nach einer sogenannten interkulturellen Öffnung der psychosozialen Regeldienste, die schon Anfang der neunziger Jahre formuliert wurde, ist bislang nur in unzureichendem Maß umgesetzt worden (vgl. Penka et al., 2015). Für Menschen mit Migrationshintergrund bedeutet dies nicht nur, dass sie auf dem Weg in das deutsche Gesundheitssystem mit verschiedensten Barrieren zu kämpfen haben (z.B. Baron, Steinhäuser, Berth & Auckenthaler, 2014; Schouler-Ocak, 2015). Einmal dort angekommen, erhalten sie zu oft nicht die ihren Bedarfen angemessene Behandlung (z.B. Koch, Küchenhoff & Schouler-Ocak, 2011).

In Anbetracht der Dringlichkeit, mit der entsprechende Änderungen vollzogen werden müssten, um den zu erwartenden psychischen (Chronifizierung von psychischen Belastungen) und gesellschaftlichen (fortschreitende Ausgrenzung) Folgen beizukommen, gestaltet sich die Forschungslage zum Thema in verschiedener Hinsicht problematisch: Zwar haben sich in den vergangenen Jahren die Forschungsbemühungen zum Thema Migration und (psychiatrisch-psychotherapeutische) Versorgung (meist unter den Stichworten interkulturelle Psychotherapie

oder transkulturelle Psychiatrie) vermehrt, wenngleich mit deutlicher Verzögerung im Vergleich zu den angloamerikanischen Ländern³ (Gavranidou & Abdallah-Steinkopf, 2007; Hegemann, 2006). Insgesamt fehlt es in diesem Bereich jedoch an aktuellen Zahlen zur Versorgungslage (Polat, 2018). Hinzu kommt, dass die wenigen vorliegenden Untersuchungen meist nicht den Anspruch der Repräsentativität erfüllen und versäumen, für demographische Faktoren wie Alter, Geschlecht und insbesondere sozioökonomischen Status zu adjustieren (Lindert, Priebe, Penka, Napo, Schouler-Ocak & Heinz, 2008; Polat, 2018). Auch die nach wie vor heterogene Verwendung des Begriffs „Mensch mit Migrationshintergrund“, wird von vielen Forschern problematisiert⁴ (Borde & David, 2011; Mecheril, 2018). Ein weiteres Problem ist, dass öffentlich gemachte Angaben des statistischen Bundesamtes erst in den letzten Jahren alle mit Migration assoziierten Personengruppen separat erfassen, wozu auch Kinder von Zuwanderern, Eingebürgerte mit beziehungsweise ohne eigene Migrationserfahrung, Vertriebene, Aussiedler, Spätaussiedler oder Asylbewerber gehören (siehe 2.1.1). Eine zusammenführende Analyse bisheriger Ergebnisse wird hierdurch sehr erschwert, nahezu verunmöglicht. Darüber hinaus vernachlässigen Untersuchungen zu häufig die Perspektive der Interakteure selbst, sodass nach wie vor offen ist, wie Behandler und Patienten mit Migrationshintergrund selbst die Herausforderungen und Bedarfe einschätzen. Hier setzen die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit an.

³ Widmeten sich die ersten wissenschaftlichen Arbeiten Ende der 1960er Jahre zunächst noch unter der Überschrift „Migration und Krankheit“ vornehmlich der Frage, wie sich verschiedene Störungsbilder bei MigrantInnen anders darstellen als bei Einheimischen (Marschalck & Wiedl, 2001), so wandte sich im Zuge einer stärkeren Ressourcenorientierung in der psychosozialen Praxis auch die Blickrichtung der Migration als Risikofaktor, und es kam in der Folge zu Veröffentlichungen unter dem Titel „Migration und Gesundheit“ (Assion, 2005; Faltermaier, 2001).

⁴ Ausführlich zum Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“ siehe 2.1.1.

Es soll untersucht werden, wie Patienten mit Migrationshintergrund und Behandler selbst die „transkulturelle Behandlung“⁵ erleben.

Entsprechend lauten die Forschungsfragen wie folgt:

- Wie erleben Behandler die Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund? Welche Herausforderungen erleben sie und wie gehen sie mit diesen Herausforderungen um? Welche Rückschlüsse lassen sich daraus auf ihr professionelles Selbstverständnis ziehen? Welche Implikationen hat dies für die Vermittlung von transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung? (Publikation 2 und 3)
- Welche Erfahrungen machen Patienten mit Migrationshintergrund mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und wie bewerten sie die Versorgungsangebote? Wie schätzen sie selbst den Zugang zum psychosozialen Versorgungssystem ein? Wie erleben und bewerten sie den Behandlungsverlauf? Was erleben sie als hilfreich? Welche Schwierigkeiten nehmen sie wahr und wie gehen sie mit diesen Schwierigkeiten um? Was kritisieren sie und welche Implikationen ergeben sich aus der Kenntnis ihrer Erfahrungen für eine Verbesserung der Versorgung? (Publikation 5)

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit ist, eine Schärfung des Begriffs „transkulturelle Kompetenz“, speziell für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, vorzunehmen. Wenngleich sich in letzter Zeit die Forderungen nach einer Verbesserung der Ausbildungsbedingungen von in Gesundheitsberufen Tätigen in so genannten transkulturellen Kompetenzen mehrten, fehlt es an präzisen und empirisch fundierten Definitionsansätzen darüber, was diese Kompetenz für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich genau

⁵ Mit transkultureller Behandlung sind in der vorliegenden Arbeit diejenigen psychotherapeutischen Maßnahmen gemeint, die zur Linderung psychischer Belastungen bei Patienten mit Migrationshintergrund vorgenommen wurden. Darunter fallen auch von den Interviewpersonen beschriebene co-therapeutische Maßnahmen von Personen (z.B. Pflegekräften), die eine psychotherapeutische Weiterbildung absolviert haben und psychotherapeutisch tätig werden dürfen ohne dass sie eine Approbation haben (siehe Anhang B).

beinhalten soll. Passend dazu hat die Forderung auch noch keinen Widerhall in einer entsprechenden Anpassung medizinischer und psychologisch-psychotherapeutischer Ausbildungscurricula gefunden und es ist offen, wie eine adäquate Behandlung aussehen könnte (Tao, Owen, Pace, & Imel, 2015). Kritiker vermuten hier vorschnelle Lösungsansätze und fragen, ob es sich nicht lediglich um den Ruf nach weiteren Manualen handelt, mit denen versucht wird, jahrzehntelangen gesellschaftspolitischen Versäumnissen im Handumdrehen beizukommen (Gavranidou & Abdallah-Steinkopf, 2007; Mecheril, 2018).

Die Schärfung des Konzepts transkulturelle Kompetenz soll in dieser Arbeit einerseits auf der Basis einer Analyse bereits bestehender Definitionen von transkultureller Kompetenz aus der medizinisch-psychologischen Literatur sowie von Definitionsansätzen in angrenzenden Fachdisziplinen (Wirtschafts-, Sozial-, Bildungs-, und Kulturwissenschaften) geschehen. Vorschläge für die Umsetzung von transkultureller Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis (und mithin der Aus- und Weiterbildung) werden so besser bewertbar. Andererseits sollen bestehende Definitionen um die Perspektive der Interakteure, also Behandler und Patienten mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Frage, was sie unter transkultureller Kompetenz verstehen, angereichert werden. Die Forschungsfragen lauten daher folgendermaßen:

- Welche Konzeptionen von transkultureller Kompetenz finden sich in der (psychologischen, medizinischen, u.a.) Fachliteratur? Was sind Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen bestehenden Konzeptionen? (Publikation 1)
- Was stellen sich Patienten und Behandler unter transkultureller Kompetenz vor? Handelt es sich nach Ansicht der Befragten bei transkultureller Kompetenz um eine spezielle Kompetenz oder um eine psychotherapeutische Kernkompetenz? Inwieweit stimmen die Vorstellungen der Befragten mit den aus der Forschungsliteratur bekannten Konzeptionen von transkultureller Kompetenz überein? (Publikation 2, 3, 4 und 5)

Dabei kann es nicht genügen, sich mit Forderungen an den einzelnen Behandler nach mehr oder anders gearteten Kompetenzen zu begnügen. Entsprechend soll in der vorliegenden Arbeit nicht nur danach gefragt werden, welche Kompetenzen Behandler vorzuweisen haben, um angemessen auf die Behandlungsanforderungen im transkulturellen Kontext eingehen zu können. Vielmehr soll die Perspektive der Akteure selbst zum Gegenstand des Interesses gemacht und Fragen danach ausgeleuchtet werden, welchen Herausforderungen wir auf allen Ebenen gegenüber stehen, wenn es um die Frage nach einer adäquaten Versorgung für diese Klientel geht. Dies betrifft ganz sicher nicht nur (aber sicherlich auch, und dann wird zu klären sein, inwiefern) die individuelle Ebene der Behandler. Dies betrifft zweifelsohne auch die organisationale Ebene (wie sollten Einrichtungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gestaltet sein, sodass sie für alle zugänglich sind, die ihrer bedürfen?) sowie die gesellschaftliche Ebene (wie kann eine gleichberechtigte Teilhabe an zentralen Gütern in Deutschland möglich werden?). Es ist das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit, einen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbedingungen von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland zu leisten.

2. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

Im folgenden Abschnitt werden zuerst die für die vorliegende Arbeit relevanten Begriffe definiert. Anschließend wird die aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland unter den Gesichtspunkten der Bedarfe, der Herausforderungen und der diskutierten Lösungsansätze diskutiert. Es folgt die Darstellung des Konzepts transkulturelle Kompetenz aus der Perspektive von Patienten und Behandlern. Das Kapitel schließt mit den dieser Arbeit zugrunde gelegten Forschungsfragen.

2.1 Begriffsbestimmung

„Generell sind Begriffe Schemata, mit denen wir uns die Welt verständlich machen und unser Handeln organisieren. Sie geben Raster und Sichtweisen vor, die Verhaltensweisen nach sich ziehen (...). Deshalb sind kulturbegriffskritische Reflexionen (...) zumindest von Zeit zu Zeit nötig. Niemand wird behaupten wollen, dass eine Veränderung der Begrifflichkeit eo ipso schon die Wirklichkeit verändere ... Aber man sollte umgekehrt nicht übersehen, wie sehr die bewusste und unbewusste Wirksamkeit kultureller Begriffe die kulturelle Wirklichkeit mitprägt, (...) begriffliche Aufklärungsarbeit (ist) geboten.“ (Welsch, 1998, S. 70)

Die Begriffe Multikulturalität, Diversität, Kultursensibilität, interkulturelle Öffnung und trans-, oder interkulturelle Kompetenz werden im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie, Interkulturellen Psychotherapie und psychosozialen Migrations- und Versorgungsforschung häufig synonym verwendet. Dabei wird übersehen, dass diese Begriffe aus teilweise ganz unterschiedlichen Traditionen mit unterschiedlich zugrunde gelegten Konzepten stammen und entsprechend ganz Unterschiedliches bedeuten können. Die terminologische Vielfalt aus zahlreichen Disziplinen (Psychologie, Medizin, Pädagogik, Erziehungs-, Sozial-, Kultur- und

Wirtschaftswissenschaften) erschwert den Überblick über das Forschungsgebiet und verunmöglicht adäquate Schlussfolgerungen für die Praxis (Hinz-Rommel, 1994; Rathje, 2006). Für die vorliegende Zusammenfassung der kumulativen Arbeit sollen zentrale Begriffe daher zuvor eingeführt werden.

2.1.1 Der Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“

Wer ist eigentlich ein Mensch mit Migrationshintergrund? Wenngleich das Thema Migration aktuell von großer politischer und gesellschaftlicher Relevanz ist und jeder gleich meint zu wissen, wer „die Migranten“ sind, so verschwimmt die Klarheit und Präzision bei näherer Betrachtung. Auch in der wissenschaftlichen Fachliteratur zum Thema wird häufig nicht genauer spezifiziert, wer eigentlich zur vermeintlichen „Gruppe“ der Menschen mit Migrationshintergrund gehört. Allen Begrifflichkeiten gemein ist die Unterscheidung von „Wir“ und „Anderen“, ein so genanntes „Othering“ (Spivak, 1985; für eine vertiefende Darstellung des Konzepts siehe Jensen, 2011). Solche Zuschreibungen sind häufig mit Privilegien für die Mehrheit (also die als „Wir“ betitelten) verbunden. Den (minorisierten) „Anderen“ wird dagegen der Zugang zu bedeutsamen Ressourcen verwehrt. Zwar erscheint es unmöglich, einen Begriff zu finden, dem diese Problematik umgangen werden kann. Dennoch soll, im Sinne des obigen Zitats von Welsch, die beständige kritische Auseinandersetzung mit den gewählten Begriffen angestrebt werden.

Bevor auf die in dieser Arbeit verwendete Definition „Mensch mit Migrationshintergrund“ eingegangen wird, erscheint es notwendig, einen kurzen Blick auf die deutsche Migrationsgeschichte zu werfen (für eine ausführliche Darstellung siehe Schmiede, 2002).

Wanderbewegungen hat es zu allen Zeiten und auf allen Kontinenten gegeben und ist gewiss kein Phänomen des 20. und 21. Jahrhunderts (Lay & Wulf, 2011; Mecheril, 2018). Auch Deutschland wurde lange Zeit eher als Abwanderungsland angesehen (beispielsweise durch die Massenfluchtbewegungen während der beiden Weltkriege). Erst mit dem rapiden

Wirtschaftswachstum gegen Ende des zwanzigsten Jahrhunderts wurde Deutschland aufgrund des hohen Arbeitskräftemangels mit gezielten Anwerbekampagnen und entsprechenden Verträgen mit zahlreichen Ländern zum Einwanderungsland. Die Idee, dass die zahllosen als *Gastarbeiter* verstandenen Migranten lediglich befristeten Aufenthalt in Deutschland genießen sollten, erwies sich jedoch als unhaltbar (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007). Auch der sogenannte Anwerbestopp im Jahr 1973, welcher Einwanderungsbeschränkungen und die Nicht-Verlängerung von Arbeitsverträgen für Zuwanderer nach sich zog, konnte die Immigrationsbewegungen nicht aufhalten (Lay & Wulf, 2011). Weitere nachfolgende politische Ereignisse (der Fall des ‚Eisernen Vorhangs‘ 1989 sowie das ‚Schengener Abkommen‘ 1985/1990) begünstigten die Mobilität innerhalb Europas und Deutschlands. Allen Tatsachen zum Trotz verstand die deutsche Politik, vor allem CDU und CSU, jahrzehntelang Deutschland als „Nichteinwanderungsland“ (Meier-Braun, 2002). Erst 2018 einigte sich die Bundesregierung auf Eckpunkte eines Einwanderungsgesetzes und erkennt damit eine ohnehin seit Jahrzehnten bestehende Einwanderungsrealität in Deutschland nun endlich auch politisch an – 63 Jahre nach dem ersten Anwerbeabkommen für Arbeitskräfte, 1955 geschlossen zwischen Italien und der Bundesrepublik. Diese „große Selbsttäuschung der bundesdeutschen Politik (...) hat sich gerächt“ (Huster 1995, S. 469), zeigt sich die Bundes- und Landespolitik doch nach wie vor hilflos, wenn es um die Bekämpfung des höheren Armuts- und sozialen Ausgrenzungsrisikos von Migrantinnen und Migranten in Deutschland geht (Boeckh, 2018).

Dennoch zählt Deutschland inzwischen zu einem der größten Einwanderungsländer (gemessen an der absoluten Zahl an Einwanderern) Europas (United Nations, 2015) und weltweit – Tendenz steigend (World Bank, 2010). Personen mit Migrationshintergrund machen derzeit circa ein Viertel der deutschen Allgemeinbevölkerung aus (Statistisches Bundesamt, 2019). Trotz der deutschen „Verdrängungspolitik“ und seiner sozialen Folgen ist

das Land inzwischen auch zum beliebtesten Einwanderungsland Europas avanciert. Auf der Liste der begehrtesten Zielländer unter den 34 Industrieländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) steht Deutschland an zweiter Stelle – hinter den USA und noch vor den klassischen Einwanderungsländern Kanada, Australien oder auch Großbritannien (OECD, 2014).

Der Begriff Migration stammt von dem lateinischen Wort *migrare* ab und bedeutet übersetzt *wandern* oder *wegziehen*. Als „Migranten“ werden Personen bezeichnet, die für einen bestimmten Zeitraum ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung hinweg an einen neuen Ort verlegen (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007; Sieben & Straub, 2011). Wurde noch vor Jahren ganz selbstverständlich von „Ausländern“ oder „ausländischen Patienten“ gesprochen (Zimmermann, 2000) sind diese Termini heute nicht mehr zeitgemäß, da eine große Anzahl der damit Angesprochenen gar nicht selbst migriert, sondern der 2., 3. oder sogar 4. Generation angehörig und von Geburt an deutscher Staatsbürger ist. Mittlerweile hat sich sowohl im Alltagsgebrauch als auch in den Medien und in der Politik der Terminus „Mensch mit Migrationshintergrund“ etabliert. Hiermit sind all diejenigen gemeint, die nach 1994 auf das Gebiet der Bundesrepublik zugewandert sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil (Statistisches Bundesamt, 2019). Eingeführt wurde der Begriff Anfang der 2000er Jahre zunächst über die internationalen Schulleistungsstudien und etablierte sich 2005 mit der Änderung des Mikrozensusgesetzes (Kemper, 2010). Auch wenn der Terminus als politisch korrekt gilt, ist er verschiedentlich problematisiert worden, suggeriere er doch fälschlicherweise die Existenz einer definierten und in sich homogenen Gruppe (Borde & David, 2011).

2.1.2 Die Begriffe Kultur und Transkulturelle Kompetenz

Die Begriffe interkulturelle Kompetenz, transkulturelle Kompetenz, Kultursensibilität und Multikulturalität tauchen als Schlagworte in der psychologischen und medizinischen Fachliteratur inflationär häufig auf, wenn es um die Frage nach einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland geht. Allerdings werden die Begriffe uneinheitlich verwendet und oft wird nicht definiert, was jeweils genau darunter zu verstehen ist. Eine ausführliche Darstellung über die verschiedenen Konzeptionen von transkultureller Kompetenz sowie Beispielformulierungen bietet die erste Publikation dieser Arbeit: *Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews*, weshalb an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen wird.

Allen Begrifflichkeiten gemeinsam ist die Verwendung des Terminus ` *Kultur*. Das jeweils zugrunde gelegte Kulturverständnis hat dabei immense Auswirkungen auf die Formulierung entsprechender Kompetenzanforderungen (vgl. Straub 2007a, S. 7; Rathje 2006, S. 8). Eine Diskussion des Kulturbegriffs als Grundlage für das Konzept der transkulturellen Kompetenz soll daher hier vorangestellt werden.

2.1.2.1 Der Kulturbegriff

Der Kulturbegriff gilt als einer der umstrittensten und komplexesten Begriffe überhaupt⁶ (vgl. Leiprecht 2004; Straub 2007a). In der psychologischen Fachliteratur findet sich allerdings bislang keine Auseinandersetzung mit dem Kulturkonzept, obwohl der Terminus zunehmend Verwendung findet, wenn es um die Frage nach einer verbesserten Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland geht. Deshalb wird im Folgenden hauptsächlich auf pädagogische und ethnologische Fachliteratur zurückgegriffen.

⁶ Die Debatte über den Kulturbegriff kann hier nur verkürzt dargestellt werden und verzichtet auf den Anspruch der Vollständigkeit.

Beiträge zur Kulturdiskussion unterscheiden häufig ein traditionelles (oder statisches) von einem modernen (oder dynamischen) Verständnis von Kultur. So genannte traditionelle Kulturdefinitionen können als normative Kulturbegriffe verstanden werden, welche definieren, was in einer Kultur gilt und gelten soll (Dornheim, 2007). Mit der eigenen kultivierten Lebensweise unterschied sich im 19. Jahrhundert das Bürgertum von den Lebensweisen des Adels und der Unterschicht. Das inzwischen als veraltet bezeichnete traditionelle Kugelmodell Johann Gottfried Herders beschreibt Kulturen als aufeinanderstoßende Kugeln oder autonome Inseln (Herder, 1774 zitiert nach Welsch, 1994). Die Grenzen jeder Kugel stellen das territoriale und sprachliche Gebiet einer bestimmten Gruppe dar. Diese Kugeln könnten sich nicht miteinander austauschen oder sich vermischen, weshalb es unausweichlich sei, dass sie sich abstoßen und bekämpfen. Das auch als „statische Modell des Kulturzusammenstoßes“ (Leenen et al., 2010, S. 104) bezeichnete Kulturverständnis ist besonders durch ein „internes Homogenitätsgebot“ sowie ein „externes Abgrenzungsgebot“ gekennzeichnet (Welsch, 2010, S. 40). Ähnlich holistische und deterministische Auffassungen finden sich auch bei den Vorstellungen Edward Tylors, welcher Kultur als komplexes, geschlossenes Ganzes versteht. Kultur umfasse Wissen, Glauben, Kunst, Moralauffassung, Gesetze, Sitten und Gewohnheiten einer Gesellschaft (Dornheim, 2007). Derartige Homogenitätsvorstellungen von Kultur (gleichgesetzt mit Völkern, Nationen und Ethnien) sind in der Form heutzutage, angesichts der zunehmenden Globalisierung, Individualisierung und Ausdifferenzierung unserer Gesellschaft nicht mehr vorstellbar (vgl. Assmann 2011; Straub 2007a; Sommer 2005a; Sommer 2005b). Die gedachte Einheit von Raum, Gruppe und Kultur habe sich als Fiktion erwiesen (Bertelsmann Stiftung, 2006). Darüber hinaus sei die Vorstellung einer eindeutigen Einbindung eines Individuums in *eine* Kultur – eine sogenannte monokulturelle Sozialisation – zu einfach und deshalb so nicht mehr haltbar (Rathje, 2006; Welsch, 2010).

Einen ähnlichen, gleichwohl aktuellen und nicht minder umstrittenen Definitionsversuch, welcher Kulturen mit Nationen gleichsetzt, nimmt Alexander Thomas vor: „Kultur ist ein universelles Phänomen. (...). (Sie) manifestiert sich immer wieder in einem für eine Nation, Gesellschaft, Organisation oder Gruppe typischen Orientierungssystem“ (Thomas, 2005, S. 22). Aus dem für eine kulturelle Einheit geltenden Orientierungssystem ergäben sich so genannte, als typisch zu bezeichnende Kulturstandards, Arten des Wahrnehmens, Denkens, Verhaltens und der Kommunikation. Wer ‚interkulturell‘ kommunizieren wolle, müsse diese für ‚Kulturen‘ oder Nationen typischen Verhaltensregeln kennen und sich entsprechend verhalten (Thomas, 2005). Dazu passt die Forderung nach so genannten „orientierenden Kulturtypologien“ (Erim & Senf, 2002, S. 337), um die das medizinisch-psychologisch-psychotherapeutische Handeln erweitert werden müsse, mit dem Ziel, Interventionen ‚kulturell‘ sensibel zu machen und an die Bedürfnisse verschiedener Ethnien anzupassen.

Modernere Auffassungen von Kultur vereint die Vorstellung, dass sich Individuen aktiv mit ihrer Kultur auseinandersetzen, diese gestalten und in einem ständigen Prozess immer wieder neu ausformen und interpretieren (Leenen et al., 2010; Rathje, 2006). Weil Individuen mehreren Kulturen (hier verstanden als Gruppen oder Kollektive) angehören, müssen Bedeutungen laufend angenommen und verworfen und kulturelle Identitäten interaktiv ausbalanciert werden (Leenen et al., 2010). Menschen sind demnach Subjekte ihrer Kulturen und sind nie einer Kultur endgültig zuordenbar. Vertreter dieser Auffassung von Kultur wenden sich damit gegen die Vorstellung von „Menschen als Marionetten ihrer Kultur“ (vgl. Leiprecht 2004, S. 9f.) entsprechend der wohl bekanntesten und am häufigsten rezipierten Kulturbegriffsdefinition des Anthropologen Geertz: „Ich meine (...), dass der Mensch ein Wesen ist, das in selbstgesponnene Bedeutungsgewebe verstrickt ist, wobei ich Kultur als dieses Gewebe ansehe.“ (Geertz, 1983, S. 9). Als dynamisch werden also jene Kulturbegriffsdefinitionen bezeichnet, die den ständigen Wandel von kulturellen

Bedeutungssystemen und die Prozesshaftigkeit von Kultur betonen (Leenen et al., 2010). Kulturen sind danach keine widerspruchsfreien und in sich geschlossenen Bedeutungssysteme, sondern permeabel und hybrid (im Sinne von Mischformen; Foroutan, 2013, Welsch, 2010).

In sozialwissenschaftlichen Texten wird noch eine weitere Dimension von Kultur vorgeschlagen: So lasse sich eine inhaltliche von einer extensionalen Bedeutung von Kultur unterscheiden (Welsch, 2010). Die inhaltliche Bedeutung von Kultur umfasse all diejenigen Tätigkeiten und Handlungsweisen, die den Menschen als Menschen auszeichnen: Alltagsroutinen, Kompetenzen, Überzeugungen, Ideen, Umgangsformen, Sozialregulationen, Weltbilder, Sprache. Die extensionale Bedeutung von Kultur umfasse die geografische, nationale oder ethnische Ausdehnung dieser Handlungsweisen von Gruppen (Gesellschaft oder Zivilisation). Häufig werde Kultur im alltagssprachlichen Gebrauch unhinterfragt mit der extensionalen Bedeutung in Verbindung gebracht und entsprechend Kultur mit Nation oder Ethnie gleichgesetzt (Welsch, 2010). Darüber hinaus werde häufig vorausgesetzt, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur für bestimmtes Denken und Handeln determiniere.

2.1.2.2 Zur Kritik an den Kulturbegriffen

Trotz der Kritik an der Vorstellung von Kultur als einem statischen, abgrenzbaren und geschlossenen Ganzen (Container-Paradigma), findet diese Auffassung seit den 1980er Jahren wieder vermehrt Verwendung (Dornheim, 2007). Gerade auch in der psychologischen und medizinischen Fachliteratur werden statische Definitionen des Kulturbegriffs unhinterfragt verwendet. Verschiedentlich wurde auf die Gefahren einer solchen Verwendung des Kulturbegriffs aufmerksam gemacht, die unter anderem in der einseitigen Zuschreibung beobachtbarer gesellschaftlicher (ökonomischer, sozialer, politischer, etc.) Konflikte auf vermeintlich kulturelle Unterschiede liegen (Dornheim, 2007). Außerdem wird befürchtet, dass die Verwendung eines solchen Kulturbegriffs dazu diene, sich unreflektiert von dem

„vermeintlich Anderen“ abzugrenzen und Diskriminierung so letztlich erst entstehe. Ein solcher Kulturbegriff lasse sich leicht für ideologische Zwecke missbrauchen: Die Vereinheitlichung und immanente Homogenisierung bei gleichzeitiger Abgrenzung nach außen komme kulturrassistischen Ansichten entgegen (Welsch, 2010).

Moderne Konzeptionen betonten zwar, dass Kultur prozesshaft und dynamisch sei, „sobald (...) die Auseinandersetzung sich entlang von Beispielen, Übungen und Aufgaben auf interkulturelles Handeln und deren Reflexion bezieht, ist aller Spielraum verschlossen“ (Mecheril, 2010, S. 19). Konzepte, die die ‚interkulturelle‘ Kommunikation verbessern wollten, beschäftigten sich fast ausnahmslos mit *internationalen, interethnischen* Begegnungssituationen. Um solche Kulturalisierungsversuche⁷ zu unterbinden, wurde vorgeschlagen, auf den Begriff „Kultur“ zu verzichten und durch Begriffe wie „Kulturalität“ (Portera, 2010, S. 84) oder „Kommunikationsgemeinschaft“ (Knapp, 2010, S. 84) zu ersetzen und Kultur als „Form der Verständigung zwischen Milieus“ (Nohl, 2008) zu reflektieren. Es dürfe nicht außer Acht gelassen werden, dass Differenzen zwischen Menschen nicht eo ipso existierten, sondern Menschen diese Differenzen durch ihr Handeln erst herstellen. Diese Differenzen seien an Macht und Ungleichheitsverhältnisse gebunden, da die Möglichkeiten der Teilhabe unterschiedlich ausgestaltet sind. Manche kulturellen Formationen seien überlegen und könnten ihre Vorstellungen machtvoller durchsetzen als andere (vgl. Vasilache 2012; Leiprecht 2004; Mecheril 2004a). In diesem Zusammenhang wird auf das Phänomen des Alltagsrassismus verwiesen, bei dem Ungleichheitskonstruktionen durch Bezug auf nationale, ethnische und kulturelle Herkunft legitimiert würden (Mecheril, 2018).

Auf der Grundlage des beschriebenen Diskurses liegt dieser Arbeit ein weit gefasster dynamischer Kulturbegriff zugrunde, welcher weitere Personenmerkmale, wie Alter, Geschlecht, Religion, sexuelle Orientierung, sozioökonomischer Status sowie die

⁷ Kulturalisierung wird definiert als „die Tendenz, Lebens-, Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Denkmuster als kulturell determiniert und reduziert auf eine nationale bzw. ethnische spezifische Kultur zu beschreiben.“ (Westphal, 2007, S. 97).

Zugehörigkeit zu einem sozialen Milieu einschließt. Kultur kann hier als *ein* Unterscheidungsmerkmal unter mehreren verstanden werden. Dem liegt auch die Auffassung zugrunde, dass der Mensch im Sinne der „Prozesshaftigkeit, Veränderbarkeit, Vielfältigkeit und Widersprüchlichkeit“ (Hinz-Rommel, 1994, S. 39) von Kultur Teil verschiedener Gruppen gleichzeitig sein kann. Er setze sich mit einem Bedeutungsangebot auseinander und bilde auf diese Weise aktiv seine individuelle und hybride ‚kulturelle‘ Identität. Kulturelle Trennungslinien entstünden auf Grund individueller Selbst- und Fremdzuschreibung und hätten wenig mit *ethnischen* Trennungslinien zu tun (Zimmering, 2010). Jede Therapie und jede Beratungssituation könne demnach als eine ‚interkulturelle‘ Begegnung angesehen werden (Bala & Kramer, 2010; Lakes, López, & Garro, 2006). In diesem Sinne konzeptualisiert wird Kultur bzw. kulturelle Identität anschlussfähig an das Konzept der Diversität (vgl. Krell, Riedmüller, Sieben & Vinz, 2007).

2.1.2.3 Der Begriff transkulturelle Kompetenz

Seit den 80er Jahren ist der Begriff zu einem Schlagwort in Wissenschaft, Lehre und (psycho-sozialen) Praxis geworden. Es existieren unterschiedliche Definitionsversuche und Vorschläge, das Konzept wissenschaftlich zu fassen, bislang ohne allgemeingültigen, tragfähigen Konsens (Auernheimer 2010, S. 7; Schondelmayer 2010; Straub, 2007b). Dies führt zu Missverständnissen und Verwirrungen und erschwert die Forschung zu dem Thema, da unklar ist, inwieweit dasselbe Konstrukt untersucht wird (vgl. Mecheril 2008; Rathje 2006; Schondelmayer 2010). So werden die Begriffe interkulturell, transkulturell, kultursensibel, multikulturell oder Diversity-Management⁸ in der medizinisch-psychologischen Fachliteratur

⁸ Im Diversity-Ansatz werden alle individuellen Merkmale einer Person wie Geschlecht, Nationalität, Alter, sexuelle Orientierung, Behinderung und Religion/Weltanschauung berücksichtigt. Dies ermöglicht eine Auseinandersetzung mit dem Begriff „Kultur“, ohne einseitig zu kulturalisieren. Die rechtlichen Grundlagen des Diversity-Ansatzes bilden die EU-Antidiskriminierungsrichtlinie und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (Van Keuk, Ghaderi, Joksimovic & David; 2011; für eine Übersicht zum Diversity-Ansatz und seiner Kritik siehe Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2016).

meistens nicht trennscharf verwendet. Gleichwohl bedeuten sie jeweils unterschiedliches, basieren auf einer je eigenen Konzeption und einer eigenen Historie, an die auch die jeweilige Kritik sich anschließt.

Der Begriff der Multikulturalität (multi für lat. viele) scheint der am wenigsten Umstrittene zu sein. Er beschreibt die Koexistenz unterschiedlicher ‚Kulturen‘ innerhalb ein und derselben Gesellschaft im Sinne eines Zustandes (Dornheim, 2007; Hinz-Rommel, 1994). Kritisiert wird der Terminus für seine Nähe zum essentialistischen Insel- oder Kugelgedanken von Kultur und der Gefahr sich daraus ableitender „Ghettoisierung“ (Welsch, 2010, S.45). Während mit Multikulturalität das bloße Nebeneinander von ‚Kulturen‘ ausgedrückt werde, betone der Begriff der Interkulturalität (inter für lat. zwischen) die gegenseitige Bezugnahme (Hinz-Rommel, 1994). Der Terminus Interkulturalität wird in der Fachliteratur am häufigsten verwendet, wenngleich sehr kontrovers diskutiert. Einerseits wird positiv hervorgehoben, dass durch die Verwendung der Vorsilbe *inter* dynamische Interaktionen zwischen verschiedenen Mitgliedern einer Gesellschaft betont würden (Hinz-Rommel, 1994). Allerdings wird dem Konzept vorgeworfen, dass es klar abgrenzbare ‚kulturelle‘ Einheiten voraussetze und Kulturzugehörigkeit mit Nationalität gleichsetze (Zimmering, 2010). Jegliche Bemühungen um einen so genannten „interkulturellen Dialog“ betonten aber unterschwellig den Glauben an „inkommensurable Kulturen“ und die eigentliche Ausweglosigkeit im gegenseitigen Verstehen (Welsch 2010, S. 45). An der interkulturellen Begegnung würden Differenzen und Defizite betont und es würden besondere Kompetenzen gefordert, um daraus entstehende Herausforderungen adäquat zu meistern (Zimmering, 2010).

Dieser Kritik begegnend wird mit dem Konzept der Transkulturalität (trans von lat. durch, hindurch, hinüber) versucht, gegenwärtigen Phänomenen gesellschaftlicher und kultureller Durchmischung gerecht zu werden (Rosner & Gavranidou, 2007). Es sei von einer zunehmenden „inneren Pluralität“ von Individuen heutiger Gesellschaften auszugehen, deren

kulturelle Identität als eine „Patchwork-Identität“ beschrieben werden könne (Welsch, 2010, S. 43). Darüber hinaus kenne das Konzept der Transkulturalität in heutigen Gesellschaften keine festen Grenzen mehr und entstehe in einem gegebenen Zeitraum und für eine spezifische Situation immer wieder neu (Domenig, 2007a). Die Kommunikation und Interaktion „in sich transkultureller“ (Welsch, 2010, S. 45) Individuen wird als Normalfall beschrieben. Eine gesonderte Ausbildung spezifischer Kompetenzen sei nicht notwendig. Kritiker dieses Konzepts verweisen allerdings auf die Gefahr des Universalismus (Hinz-Rommel, 1994).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen scheint das Konzept der Transkulturalität für die Realität aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen am besten zu dem der Arbeit zu Grunde liegenden Kulturverständnis zu passen. In dieser Arbeit wurde deshalb die Bezeichnung „transkulturelle Kompetenz“ gewählt.

2.1.2.4 Kritik am Konzept der transkulturellen Kompetenz

Am Konzept der transkulturellen Kompetenz wird kritisiert, dass es letztlich bestehende Machtverhältnisse reproduziere: „Wer profitiert vom Wuchern des Diskurses um interkulturelle Kompetenz?“ (Castro-Varela 2002, S. 36). Zu häufig richteten sich Angebote an Mehrheitsangehörige, Menschen mit Migrationshintergrund würden dagegen nicht als Adressaten transkultureller Angebote angesprochen, mit der fälschlichen Annahme, Migranten verfügten über eine ‚naturwüchsige‘ transkulturelle Kompetenz. Dies wurde jedoch mit der Begründung zurückgewiesen, dass Minderheitsangehörige möglicherweise zwar häufiger mit den Themen Differenz und Dominanz konfrontiert worden seien, dies jedoch eine professionelle Auseinandersetzung nicht ersetzen könne (Mecheril, 2010; Westphal, 2007). Überdurchschnittlich häufig seien mehrheitsangehörige Professionelle Anbieter dieser Maßnahmen und verdienten daran symbolisch und ökonomisch (vgl. Schondelmayer 2010; Castro-Varela 2008). Weiterhin wird kritisiert, dass mit der

Vermittlung transkultureller Kompetenz an Mitarbeiter psychosozialer Gesundheitsberufe versucht werde, gesamtgesellschaftliche und strukturell institutionelle Versäumnisse auf individueller Ebene auszugleichen (Gültekin 2005, Westphal 2007).

Inhaltlich wird am Konzept der transkulturellen Kompetenz kritisiert, dass die als transkulturelle Fähigkeiten diskutierten Variablen sich nicht trennscharf von allgemeinen psychotherapeutischen Kernkompetenzen, wie beispielsweise die Fähigkeit zur Empathie und Selbstreflexion, unterscheiden (Tao, Owen, Pace & Imel, 2015). Themen wie Deprivilegierung und Rassismus würden zu häufig ausgeblendet. Es müsse aber Bestandteil der Vermittlung transkultureller Kompetenz sein, dass auch die Herstellungspraxis von Differenz (vgl. Mecheril 2010; Westphal 2007) reflektiert werde: Wie und auf welche Weise wird mit Fremdheit umgegangen? Wer bestimmt, was fremd ist? (vgl. Schondelmayer 2010). Darüber hinaus wird kritisiert, dass Daten zu transkultureller Kompetenz überwiegend mithilfe quantitativer Methoden erfasst würden und dadurch das, was als transkulturell kompetent gelten solle, vorab operationalisiert und definiert werde und folglich impliziten Normen folge (Schondelmayer 2010).

Aus der Kritik an einseitig auf Ethnie oder Nationalität beschränkte Vorstellungen von transkultureller Kompetenz hat sich im angloamerikanischen Bereich bereits seit längerem eine eher systemisch-konstruktivistische Auffassung von Kulturkompetenz etabliert (Ahmad & Reid, 2009). Kultur sei nicht etwas, das Menschen „haben“, sondern etwas, das sie „tun“ (Ahmad & Reid, 2009, S. 2). Den jeweiligen Kontext des Patienten berücksichtigende Ansätze seien besser geeignet, „Kultur“ als Produkt der Auseinandersetzung mit der eigenen Umwelt zu begreifen und förderten die Fähigkeit zum individualisierten Vorgehen des Behandlers in der Therapie. Auch die Forderung, dass Psychotherapeuten stärker den Einfluss soziopolitischer Entwicklungen auf die Behandlung mitberücksichtigen sollten, passt dazu (vergleiche zum Beispiel den Ansatz „*Multicultural and Social Justice Counseling*

Competencies“ by Ratts, Singh, Nassar, McMillan, Butler, & McCullough, 2016). Es brauche ein kritisches Bewusstsein für gesellschaftlich bedingte Machtunterschiede und sich daraus ergebende ungleiche Versorgungsbedingungen im Gesundheitssystem sowie ein Verständnis von sozialer Gerechtigkeit (Kumagai & Lypson, 2009). Auch das Konzept der *cultural humility* greift diese Gedanken auf und knüpft an die Frage nach einer angemessenen therapeutischen Haltung (eher als die Frage nach bestimmten therapeutischen Werkzeugen i.S. von Methoden oder bestimmten zu erlernenden Kompetenzen) an. Cultural humility wird definiert als „a process of openness, self-awareness, being egoless, and incorporating self-reflection and critique after willingly interacting with diverse individuals“ (Foronda, Baptiste, Reinholdt & Ousman, 2016, S. 213). Eine solche therapeutische Haltung setze langfristige Auseinandersetzungs- und Reflexionsprozesse voraus und sei nicht in schnellen Trainings erwerbbar (Davis et al., 2018; Mosher et al., 2017; Owen, 2018). Zusammenfassend wird in den neueren Ansätzen (die alle aus dem angloamerikanischen Bereich stammen) die Bedeutung der sozialen Lebenswelt der Patienten stärker betont und für eine veränderte therapeutische Haltung im Gegensatz zum einfachen Erwerb neuer Methoden plädiert. Damit dürfte sich auch die Rolle des Behandlers entscheidend verändern: vom allwissenden Experten, der mit immer neuen Methoden aufzuwarten imstande ist, hin zu einem beziehungsorientierten Behandler, der nicht nur die Symptome des Patienten, sondern auch dessen lebensweltlichen Kontext berücksichtigt. Die dritte Publikation (*„Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung“*) beschäftigt sich mit unterschiedlichen Rollenvorstellungen von Behandlern und deren Auswirkungen auf die Behandlung.

2.2 Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Bedarf, Herausforderungen, Lösungsansätze

Deutschland ist eines der größten Einwanderungsländer innerhalb Europas und der Welt, mit einem Bevölkerungsanteil von 20,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2019). Die derzeitigen weltpolitischen Entwicklungen lassen einen weiteren Zuzug von Menschen mit Migrationshintergrund nach Deutschland in den kommenden Jahren als wahrscheinlich erscheinen.

Entgegen früherer Überlegungen, dass bereits der Migrationsakt selbst ein hohes Risiko für eine psychische Erkrankung berge, wird heute angenommen, dass diese vereinfachende Sichtweise der komplexen Migrationsrealität nicht gerecht wird (vgl. Machleidt & Heinz, 2011; Sieben & Straub, 2011; Sluzki, 2010). Untersuchungen zeigen vielmehr, dass Migration und Gesundheit keinen eindeutig negativen Zusammenhang aufweisen. Offenbar führt eine Migration vor allem dann zu seelischen Belastungen, wenn sie mit Benachteiligung in unterschiedlichen Lebensbereichen einhergeht (Gavranidou & Abdallah-Steinkopf, 2007). Eine Migration sollte daher eher als ein „Lebensereigniskomplex“ angesehen werden, welcher verschiedene miteinander verknüpfte migrationspezifische Faktoren und Prozesse beinhaltet (Kizilhan, 2011, S. 21). Das Risiko für eine seelische Belastung variiere in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Migrationsstatus, sozioökonomischem Status, Aufenthaltsdauer, gruppenspezifischen sowie individuellen Migrationsmotiven und jeweiligen Wahrnehmungs- und Deutungsmustern vor, nach und während der Migration (Sieben & Straub, 2011).

2.2.1 Die aktuelle psychosoziale Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund

Für den deutschsprachigen Raum liegen nur wenige aktuelle Zahlen zur Versorgungslage von Patienten mit Migrationshintergrund vor (Rößner-Ruff, Friedrich, Hoins, Krieger & Graef-Calliess, 2017; Schouler-Ocak, 2020). Die wenigen Untersuchungen zur Inanspruchnahme von psychosozialen Versorgungseinrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund

lassen auf eine Fehlversorgung dieser Zielgruppe schließen (Glaesmer, Wittig, Brähler, Martin, Mewes & Rief, 2009; Koch, Hartkamp, Siefen, & Schouler-Ocak, 2008; Lindert, Priebe, Penka, Napo, Schouler-Ocak, & Heinz, 2008; Mösko, Handtke & Schulz, 2018; Schouler-Ocak et al., 2010; von Lersner, Baschin, Wormeck & Mösko, 2016). Offenbar kann von einer Überversorgung⁹ im Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und bei ambulanten Arztbesuchen (vor allem Hausarztkontakte) sowie in Bezug auf apparative Diagnostik und medikamentöse Behandlungen (Brucks & Wahl, 2003) ausgegangen werden. Eine Überversorgung lasse sich weiterhin für forensische sowie für Intensivbehandlungen konstatieren. Gleiches gelte auch für Langzeitbehandlungen (Koch et al., 2008). Dies sollte nicht als Beleg für die „Defizite“ dieser Gruppe interpretiert werden, sondern eher als Hinweis dafür, dass es bestimmten Angeboten nicht gelingt, diese Gruppe zu erreichen (Hundsatz, 2008): Eine *Unterversorgung* wurde nämlich im Bereich psychosomatischer und ambulanter psychotherapeutischer oder tagesklinischer Behandlungsangebote sowie im Bereich der Gerontopsychiatrie beobachtet (Koch, Küchenhoff & Schouler-Ocak, 2011; Machleidt et al., 2007). Auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden offenbar von Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen, als aufgrund ihres Anteils in der Bevölkerung zu erwarten wäre (Mösko, Gil-Martinez & Schulz, 2012; Mösko, Handtke & Schulz, 2018). Weiterhin wurden kürzere Verweildauern, seltenere reguläre Beendigungen der Behandlung, dafür entsprechend häufigere Notfallinterventionen und unfreiwillige Behandlungen beobachtet (Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007) als bei Patienten ohne Migrationshintergrund. Überweisungen aus dem Bereich der somatischen Medizin in die Psychiatrie oder in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung erfolgten – wenn überhaupt – zu spät bei bereits bestehender Chronifizierung (Koch, 2005).

⁹ D.h. es werden in diesen Einrichtungen mehr Menschen mit Migrationshintergrund behandelt, als aufgrund ihres Anteils in der Bevölkerung zu erwarten ist.

Einschränkend sei jedoch angemerkt, dass die genannten Untersuchungen aufgrund methodischer Mängel kritisiert und ihre Repräsentativität in Frage gestellt wurde: So sei teilweise versäumt worden, soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationsgeneration, Aufenthaltsstatus und insbesondere sozioökonomischen Status zu kontrollieren (Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006; Schenk et al., 2006).

2.2.2 Gründe für die Fehlversorgung

Verschiedene Untersuchungen haben sich mit den Barrieren und Benachteiligungen von Patienten mit Migrationshintergrund in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung befasst (z.B. DGPPN, 2012; Mösko et al., 2018; Penka, Schouler-Ocak, Heinz & Kluge, 2012; Schouler-Ocak, 2015; Steinhäuser, Schödwell & Auckenthaler, 2016). Zum einen werden strukturelle Barrieren, z.B. rechtliche Einschränkungen bei der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung (Baron, Steinhäuser, Berth & Auckenthaler, 2014; Schouler-Ocak, 2020) sowie institutionelle Zugangsbarrieren, z.B. mangelnde Verfügbarkeit professioneller Dolmetscher (DGPPN, 2012) im Sozial- und Gesundheitswesen angeführt. Andererseits werden Zugangsbarrieren auf Seiten von Patienten (z.B. mangelnde Informiertheit über Versorgungsangebote oder Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem; Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007; Penka, Schouler-Ocak, Heinz & Kluge, 2012; Steinhäuser et al., 2016) sowie Vorbehalte und Unsicherheiten aufseiten der Behandelnden als Gründe für die Fehlversorgung vermutet (Calliess, 2006; Fernando, 2010; Wohlfahrt, Hodzic & Özbek, 2006). So gaben in einer Befragung 42,8 % der ambulant arbeitenden Psychotherapeuten an, schon einmal eine Behandlung aufgrund sprachlicher und 8,4 % aufgrund „kultureller“ Schwierigkeiten abgelehnt zu haben (Mösko, Gil-Martinez & Schulz, 2012). Auch unterschiedliche Erwartungshaltungen und Erklärungsmodelle, sogenannte „kulturelle“ Missverständnisse und unscharfe Diagnoseinstrumente wurden als Barrieren der Inanspruchnahme angeführt. Bislang existieren jedoch nur wenige Studien, die sich explizit

mit der Perspektive von Behandlern beschäftigen. Publikation 3 dieser kumulativen Arbeit mit dem Titel *„Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften in der transkulturellen Behandlung.“* befasst sich unter anderem mit den Schwierigkeiten, die Behandler in der transkulturellen Behandlungssituation wahrnehmen.

2.2.3 Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung

Der Leitidee folgend, dass jeder Mensch – unabhängig von der eigenen Herkunftssprache und -kultur – Anspruch auf bestmögliche Beratung und Versorgung habe (Bundeskonzferenz der Ausländerbeauftragten, 2002, zitiert nach Gün, 2009), gibt es mittlerweile zahlreiche Ansätze, um die Versorgungssituation für Patienten mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern (Kluge, 2013; Machleidt et al., 2007). Der Organisationsentwicklungsansatz der „Interkulturellen Öffnung“ wurde bereits in den 1990ern als Konzept eingeführt, mit bislang jedoch dürftigen Ergebnissen (DGPPN, 2016; Mösko et al., 2018; Penka et al., 2015), obgleich die Ideen der Interkulturellen Öffnung bereits seit Jahren auch politisch auf der Agenda stehen, z.B. im Nationalen Integrationsplan (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007) sowie auf Landesebene im Berliner „Gesetz zur Partizipation und Integration“. Auf der Idee der Interkulturellen Öffnung basierend, wurden verschiedene Leitlinien als allgemeine Qualitätsstandards für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ausgearbeitet (z.B. die Sonnenberger Leitlinien, Machleidt, 2006). Die darin enthaltenen Forderungen beziehen sich einerseits auf institutionelle Veränderungen (z.B. die Bildung multikultureller und multiprofessioneller Behandler Teams durch eine vermehrte Einstellung von Behandlern mit Migrationshintergrund oder zusätzlichen Sprachkenntnissen sowie die Förderung von Dolmetschereinsätzen), andererseits auf die Qualifikation des Personals.

2.3 Stand der Aus- und Weiterbildung in transkultureller Kompetenz

Transkulturellen Kompetenzen von Mitarbeitern in (psychosozialen) Gesundheitsberufen wird eine immer größere Bedeutung beigemessen (Bär, 2011; DGPPN, 2016; Mösko, Baschin, Längst, & von Lersner, 2012; Moleiro, Freire Pinto & Roberto, 2018; Schouler-Ocak & Aichberger, 2015) und eine Erweiterung von Aus-, Fort- und Weiterbildung um transkulturelle Inhalte angestrebt. Bislang sind transkulturelle Inhalte in Deutschland (anders als in Großbritannien und den USA) kein offizieller Bestandteil der Weiterbildungscurricula im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Facharztausbildung (Calliess & Hein, 2011; Fuentes & Shannon, 2016). In einer Untersuchung zur Vermittlung transkultureller Kompetenzen in der Facharztausbildung von Psychiatern wurde jedoch ein hoher Bedarf an Weiterbildung im Bereich transkultureller Psychiatrie unter psychiatrischem Fachpersonal ebenso wie ein großes Defizit an tatsächlich stattfindenden Weiterbildungen zu den angesprochenen Themen identifiziert (Calliess et al., 2008). Auch liegen für die Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten zwar Weiterbildungsvorschläge vor (z.B. Bär, 2011), sie wurden jedoch bislang nicht als fester Bestandteil in Aus- und Weiterbildungscurricula implementiert.

Demgegenüber gibt es eine Vielzahl an Trainings, in denen transkulturelle Kompetenz vermittelt werden soll (Mösko et al., 2012; Reichardt, von Lersner, Rief & Weise, 2017), wobei kritisiert wird, dass die Bedürfnisse, die Behandler in der transkulturellen Behandlung haben, bei der Konzeption nicht ausreichend berücksichtigt würden (Mösko et al., 2012). Vielen deutschsprachigen Trainings liegt die Auffassung zugrunde, dass es etwas Spezifisches brauche, um die Versorgungssituation von Patienten mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern (u.a. Lanfranchi, 2010). Das könnte auch damit zusammenhängen, dass man sich hierzulande nach wie vor uneinig ist, ob und inwiefern bei der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund spezifische Umstände berücksichtigt werden sollten (Spallek & Zeeb,

2010). Bislang ist unklar, inwiefern es sich bei transkultureller Kompetenz um eine Spezialkompetenz oder um eine Teilkomponente allgemeiner psychotherapeutischer Kernkompetenzen¹⁰ (general counseling competencies/general therapeutic competencies/generic competencies) handelt (vgl. Coleman, 1998; Drinane, Owen, Adelson, & Rodolfa, 2016; Sue, Zane, Nagayama Hall, & Berger, 2009; Watson, Raju, & Soklaridis, 2017). Publikation 4 dieser Arbeit *Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz? Transkulturelle Kompetenz aus Sicht von Psychotherapeuten und Patienten* befasst sich mit dieser Frage.

Was als psychotherapeutische Kernkompetenz gilt, variiert abhängig von den jeweiligen Autoren (vgl. Coleman, 1998; Linden, Langhoff, & Milew, 2007; Rief, 2019; Wampold, 2015; Wampold and Imel, 2015; Weck, Hautzinger, Heidenreich, & Stangier, 2010; Yakeley, et al., 2016). Beispielsweise werden Ausdruck von Wärme und Akzeptanz, die Fähigkeit, ein Erklärungsmodell für vorhandene Symptome zu vermitteln sowie flexibles Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten, Empathie, Vermittlung von Verständnis und Vertrauen sowie die Fähigkeit zur Bildung einer therapeutischen Beziehung als psychotherapeutische Kernkompetenzen definiert (Bundespsychotherapeutenkammer, 2008; Wampold, 2011). Hervorzuheben ist, dass sowohl die Berücksichtigung von Personenmerkmalen (beispielsweise „kultureller“ Hintergrund, sozioökonomischer Status, Alter, Geschlecht und Spiritualität) des Patienten, als auch die Reflexion des eigenen biografischen Hintergrundes und des eigenen Status zu den Kernkompetenzen von Psychotherapeuten gezählt werden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2008; Wampold, 2011).

Die empirischen Befunde zum Zusammenhang von allgemeinen psychotherapeutischen Kernkompetenzen und transkultureller Kompetenz sind nicht eindeutig: es liegen sowohl

¹⁰ Allgemeine psychotherapeutische Kernkompetenzen werden definiert als „basic standards expected of any modality of therapy for it to be effective and can be demonstrated in therapists working within any given therapeutic framework“ (Yakeley, Johnston, Adshead, & Allison, 2016)

Studien mit hohen bis sehr hohen Korrelationen zwischen allgemeinen psychotherapeutischen Kernkompetenzen und transkultureller Kompetenz, als auch Befunde mit nicht signifikanten Korrelationen vor (Tao, Owen, Pace, & Imel, 2015). Seit längerem wird darüber diskutiert, dass eine „kulturelle“¹¹ Sensibilität für eine erfolgreiche Behandlung unerlässlich sei und konstatiert: „(...) culturally neutral counseling does not exist.“ (Coleman, 1998, S. 153). Kulturelle Sensibilität wird hier operationalisiert als „using microskills to explore contextual as well as intrapsychic variables while addressing the client’s presenting problem“ (Coleman, 1998, S. 150). Dass der Einbezug der gesamten Lebenswelt des Patienten nicht nur für Patienten mit Migrationshintergrund entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung sein könnte, geht aus dem oben zitierten Katalog allgemeiner psychotherapeutischer Kernkompetenzen ebenfalls hervor (siehe auch Goodwin, Coyne & Constantino, 2018).

Je nachdem, welches Kulturkonzept zugrunde gelegt wird, unterscheiden sich die Auffassungen darüber, was Trainings in transkultureller Kompetenz beinhalten sollten und ob, beziehungsweise wie die Kompetenz zu erwerben sei. Publikation 1 der vorgelegten Dissertation *Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews* führt diese Zusammenhänge aus.

Inzwischen sind in Deutschland erstmals Leitlinien für Trainings in transkultureller Kompetenz für Psychotherapeuten formuliert worden (von Lersner, Baschin, Wormeck & Mösko, 2016). Dabei fällt auf, dass in Deutschland sowohl die Forschungsbemühungen um eine verbesserte gesundheitliche Versorgung, als auch die praktische Umsetzung derselben in die bestehenden Versorgungsangebote sowie in die Aus- und Weiterbildung gegenüber den angloamerikanischen Ländern nicht nur zeitlich stark verzögert in Gang kommen, sondern auch inhaltlich deutlich abweichen von den oben beschriebenen neueren Konzepten zu

¹¹ „Kultur“ bleibt hier nicht auf die Ethnie oder Nationalität beschränkt, sondern umfasst weitere Personenmerkmale wie Geschlecht, Alter, etc.

transkultureller Kompetenz. Während der Schwerpunkt in Ansätzen wie *Multicultural and Social Justice Counseling Competencies* oder dem Konzept der *Cultural Humility* auf der Förderung einer therapeutischen Haltung liegt, die geprägt ist von einer aktiven Auseinandersetzung mit gesellschaftlich bedingten Machtasymmetrien, finden solche Gedanken selten oder gar nicht Eingang in deutsche Ausbildungsformate.

Dass die Vermittlung bestimmter (Wissens-)inhalte sowie die Art und Weise des Erwerbs auch Risiken für eine adäquate Entwicklung transkultureller Kompetenzen bei psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Behandlern haben kann, thematisiert die zweite Publikation der vorliegenden Arbeit „*Limitations of trainings in cross-cultural competence- The practitioner perspective*“. In dieser Studie wird auch die einseitige Bevorzugung des medizinischen Metamodells von Psychotherapie in der deutschen Aus- und Weiterbildung problematisiert und der Nutzen, der durch die Berücksichtigung des weiteren Kontextes, in den die transkulturelle Behandlung eingebettet ist, aufgezeigt (Kontextuelles Metamodell der Psychotherapie; Wampold, Imel & Flückiger, 2018; Schwarz, 2018).

2.4 Die transkulturelle Behandlungssituation aus Sicht der Akteure

Die Forschungslage zum Verständnis transkultureller Kompetenz aus Patienten- und Behandlerperspektive ist nach wie vor als dürftig zu bezeichnen (Elias-Juarez & Knudson-Martin, 2017; Hook, Davis, Owen, Worthington, & Utsey, 2013; Owen, Tao, Leach, & Rodolfa, 2011; Owen et al., 2016; Pope-Davis et al., 2002). Dass die Patientenperspektive bislang so wenig beforscht wurde, könnte damit zusammen hängen, dass diese in der Psychotherapieforschung lange Zeit eine untergeordnete Rolle gespielt hat (Bohart & Tallman, 2010; Levitt, Pomerville, & Surace, 2016), dabei wissen wir seit längerem, dass ein psychotherapeutischer Behandlungserfolg vor allem dann zu erwarten ist, wenn der Patient sich von seinem Therapeuten empathisch verstanden, respektiert und ernst genommen fühlt. Patienten beschreiben, dass (wieder) gewonnene Möglichkeiten zur gesellschaftlichen und

sozialen Teilhabe, verbesserte Beziehungsfähigkeit und Selbstachtung besonders wichtige Ziele der Behandlung seien (Bohart & Wade, 2013), ebenso wie die konkrete Nützlichkeit der therapeutischen Erkenntnisse, das Gefühl, verstanden und in den Behandlungsprozess einbezogen zu werden und persönlichen Kontakt zum Behandler zu haben, besonders wichtig zu sein (Bachelor, 2013; Llewelyn, 1988; Timulak, 2007). Wir wissen außerdem, dass Patienten dann mit ihrer Behandlung zufrieden sind, wenn der Behandler eigene Ansichten zurücknahm, sich an der Sichtweise der Patienten orientierte und sich auf dessen Bezugsrahmen einließ (Duncan & Moynihan, 1994; Hapkemeyer, Dresenkamp & Soellner, 2008). Die aktive Beteiligung des Patienten am therapeutischen Prozess sowie die Qualität der therapeutischen Beziehung – wahrgenommen aus der *Patientenperspektive* – gelten als entscheidender Prädiktor für den Therapieerfolg (Bachelor, 1991; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Aus diesem Grund widmet sich die vorliegende Dissertation schwerpunktmäßig der Perspektive von Behandlern und Patienten in der transkulturellen Behandlung (vgl. Publikationen 2, 3, 4 und 5).

2.4.1 Die Perspektive der Patienten

In Studien zur Perspektive von Patienten mit Migrationshintergrund und ihren Erfahrungen in transkulturellen Behandlungssituationen (Hodgetts & Wright, 2007; Pope-Davis et al., 2002) wurde beispielsweise der Aspekt des „ethnic matching“¹², das heißt der Übereinstimmung ethnischer Herkunft von Patient und Behandler untersucht. Es ergaben sich widersprüchliche Befunde. Einige Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Patienten mit Migrationshintergrund Behandler mit einem Migrationshintergrund bevorzugen (Möske et al., 2012) beziehungsweise solche, die der gleichen Ethnie angehören (Cabral & Smith, 2011; Gün, 2006). Andere Untersuchungen zeigten dagegen, dass es für Patienten wichtiger ist, dass

¹² Ob es sich bei dem Konstrukt des „ethnic matching“ tatsächlich um die ethnische Übereinstimmung von Patient und Behandler handelt oder ob eher die sprachliche Übereinstimmung gemessen wird, wird in den Untersuchungen meist nicht genauer definiert, weshalb die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden müssen (Chu, Leino, Pflum, & Sue, 2016)

Behandelnde sich ihres Einflusses ethnischer Differenzen auf die Therapie bewusst sind und eine offene, nicht wertende Haltung gegenüber religiösen Themen einnehmen (Bohart & Wade, 2013; Weatherhead & Daiches, 2010). Auch empathisches Verstehen aufseiten des Behandlers, Expertise und eine geteilte Weltsicht waren Patienten wichtiger und hatten einen größeren Einfluss auf die Therapiezufriedenheit als die ethnische Übereinstimmung (Knipscheer & Kleber, 2004, Röhnsch & Flick, 2015). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Publikation 5 der vorliegenden Arbeit, die die Perspektive von Patienten mit Migrationshintergrund beim Zugang in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung untersuchte. Danach scheint es Patienten wichtiger zu sein, das Bemühen von Behandlern zu spüren, Zugehörigkeit zu erfahren und einen authentischen Kontakt zu erleben, als das Behandler über viel „kulturelles Wissen“ verfügten (*Publikation 5: Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben*).

Anzumerken ist, dass die meisten Untersuchungen zur Erfassung der Patientenperspektive auf Fragebogenuntersuchungen basieren (vor allem dem „Cross-cultural counseling inventory“, einem Instrument, das zur Bewertung psychotherapeutischer „multikultureller“ Kompetenzen vonseiten externer Beobachter konzipiert wurde, nicht aber für Patienten (LaFramboise, Coleman, & Hernandez, 1991). Dem Fragebogen zugrunde gelegt ist das sogenannte „tripartite model“ transkultureller Kompetenz, welches transkulturelle Kompetenz als Zusammensetzung aus „awareness, knowledge and skills“ definiert (Sue et al., 1982). Zur Kritik an den damit verbundenen Einschränkungen in der Aussagequalität der Studien durch vorgegebene Definitionen und Antwortmaße siehe Drinane und Kollegen (2016).

Neuere Untersuchungen zur Perspektive von Patienten legen ein eher offenes, personenbezogenes Verständnis von transkultureller Kompetenz im Sinne einer „multicultural orientation“ statt „multicultural competencies“ zugrunde (Owen et al., 2011). So zeigte sich in

mehreren Studien, dass sich die von Patienten wahrgenommene „multicultural orientation“¹³ positiv auf den Therapieerfolg auswirkt (Hook et al., 2013; Owen et al., 2016).

2.4.2 Die Perspektive der Behandler

Studien zur Perspektive der Behandler beschäftigen sich zumeist mit den von Behandlern erlebten Schwierigkeiten und Herausforderungen, ebenso wie mit den daraus resultierenden Behandlungskonsequenzen. Mehrere Untersuchungen verweisen auf Gefühle von Hilflosigkeit, Frustration, Ungeduld und Unzufriedenheit bei Behandlern im Umgang mit ihren Patienten mit Migrationshintergrund (Wohlfahrt et al., 2006). Publikation 2 *Limitations of cross-cultural competence- The Practitioner Perspective* befasst sich mit den von Behandlern thematisierten Gefühlen von Unsicherheit bezüglich des eigenen therapeutischen Verhaltens, der therapeutischen Beziehung und den Faktoren, die die Unsicherheit begünstigen, weshalb an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen wird.

Eine große Rolle scheinen Vorannahmen auf Seiten der Behandler zu spielen. Offenbar strengen sich Behandler bei Patienten mit Migrationshintergrund aus Angst vor sprachlichen Schwierigkeiten besonders an, alles richtig zu verstehen – selbst wenn tatsächlich keine signifikante Sprachbarriere existiert (Bowker & Richards, 2004). Eine weitere internationale Übersichtsarbeit zeigt, dass zudem bei Behandlern aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung die Angst vor „kulturellen Fehlern“ sehr präsent zu sein scheint (Gün, 2006; Suphanchaimat, Kantamaturapoj, Putthasri & Prakongsai, 2015). Behandler thematisieren verschiedene Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund (beispielsweise Schwierigkeiten, die sich aus den Diskriminierungserfahrungen ihrer Patienten ergeben (siehe Publikation 3 der vorliegenden Arbeit *Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung*).

¹³ Multicultural orientation wurde in den zitierten Studien definiert als eine therapeutische Haltung von Offenheit, Neugier, Abwesenheit von Arroganz sowie echtes Interesse, die kulturellen Identitäten der Patienten zu verstehen (Owen et al., 2011).

Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung). Andere Studien verweisen auf Schwierigkeiten von Behandlern aufgrund wahrgenommener Kommunikations- und Verständigungsprobleme (Dreißig, 2015; Voigt & Praez-Johnsen, 2001; Wohlfart, Hodzic & Özbek, 2006).

Als eine Konsequenz im Umgang mit den wahrgenommenen Schwierigkeiten kommen verschiedene (qualitative und quantitative) Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund vonseiten der Behandler mitunter von vornherein abgelehnt werde (Möske, Gil-Martinez, & Schulz, 2012; Publikation 3 der vorliegenden Arbeit).

Auf die Frage nach hilfreichen Kompetenzen für die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund nannten Behandler Wissen über andere Kulturen und Sprachkompetenzen, Neugierde, Offenheit und Verstehen-Wollen sowie die Anerkennung der Relativität von Werten und Einfühlungsvermögen (Wohlfahrt et al., 2006). Neuere Untersuchungen ergaben, dass hilfreiche Strategien von Behandlern im Umgang mit wahrgenommenen „kulturellen“ Unterschieden weniger in Sprachkompetenz oder spezifischem Wissen zu liegen scheinen, sondern eher in der Fähigkeit zum Herstellen einer menschlichen Beziehung, therapeutischer Flexibilität, einem kritischen Umgang mit Stereotypen (Niño, Kissil, & Davey, 2016), einer warmem und respektvollen psychotherapeutische Haltung sowie die Fähigkeit, mit Nicht-Wissen und Nicht-Verstehen umzugehen (Elias-Juarez & Knudson-Martin, 2017). Insgesamt fehlt es an aktuellen Untersuchungen hinsichtlich der Frage, was Behandler als hilfreich im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund einstufen (Moleiro, Freire, Pinto, & Roberto, 2018; Owen, 2018). Inwiefern sich auch das professionelle Selbstverständnis von Behandlern auf die Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund auswirkt, untersuchte beispielsweise eine Studie und ergab, dass sich zwar die Hälfte der Befragten als transkulturell sehr kompetent einstuft,

jedoch die Kompetenzen in der eigenen Praxis nicht umsetzen (Hansen et al., 2006). Als mögliche Ursachen wurden Unsicherheit im Selbstbild als professionelle Behandler sowie der Unwille, zusätzliche Zeit und Arbeit in den Aufbau konkreter transkultureller Kompetenzen und deren Anwendung zu investieren, diskutiert. Mit dem professionellen Selbstverständnis von Behandlern setzt sich auch die 3. Publikation der vorliegenden Arbeit *Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung* auseinander.

2.5 Die Forschungsfragen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine Schärfung des Konzepts *Transkulturelle Kompetenz*, speziell für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich, vorzunehmen. Dies soll einerseits auf der Basis einer Analyse bereits bestehender theoretischer Definitionen des Konzepts geschehen. Vorschläge für die Umsetzung von *transkultureller Kompetenz* in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis werden so besser bewertbar. Andererseits sollen bestehende Definitionen um die Perspektive der Interakteure, also Behandler und Patienten mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Frage, was sie unter transkultureller Kompetenz verstehen, angereichert werden. Der Fokus der Befragungen liegt dabei darauf, Schwierigkeiten und Herausforderungen aus ihrer Perspektive aufzuspüren und die aus ihrer Sicht erforderlichen Bedarfe herauszuarbeiten. Daraus sollen Implikationen abgeleitet werden, wie die Aus-, Fort- und Weiterbildung so gestaltet werden kann, dass sich Behandler der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund zunehmend mehr zutrauen und die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund insgesamt verbessert werden kann.

Die Forschungsfragen der fünf hier vorgelegten Studien lauten entsprechend wie folgt:

1. Welche Konzeptionen von transkultureller Kompetenz finden sich in der (psychologischen, medizinischen, u.a.) Fachliteratur? Was sind Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen bestehenden Konzeptionen? (Publikation 1)
2. Was stellen sich Patienten und Behandler unter transkultureller Kompetenz vor? Handelt es sich nach Ansicht der Befragten bei transkultureller Kompetenz um eine spezielle Kompetenz oder um eine psychotherapeutische Kernkompetenz? Inwieweit stimmen die Vorstellungen der Befragten mit den aus der Forschungsliteratur bekannten Konzeptionen von transkultureller Kompetenz überein? (Publikation 2, 3, 4 und 5)
3. Wie erleben Behandler die Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund? Welche Herausforderungen erleben sie und wie gehen sie mit diesen Herausforderungen um? Welche Rückschlüsse lassen sich daraus auf ihr professionelles Selbstverständnis ziehen? Welche Implikationen hat dies für die Vermittlung von transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung? (Publikation 2 und 3)
4. Welche Erfahrungen machen Patienten mit Migrationshintergrund mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und wie bewerten sie die Versorgungsangebote? Wie schätzen sie selbst den Zugang zum psychosozialen Versorgungssystem ein? Wie erleben und bewerten sie den Behandlungsverlauf? Was erleben sie als hilfreich? Welche Schwierigkeiten nehmen sie wahr und wie gehen sie mit diesen Schwierigkeiten um? Was kritisieren sie, und welche Implikationen ergeben sich aus der Kenntnis ihrer Erfahrungen für eine patientenorientierte Verbesserung der Versorgung? (Publikation 5)

3. Methodisches Vorgehen und Datenbasis¹⁴

Die vorliegende kumulative Dissertation beruht auf Ergebnissen, die ausschließlich mit qualitativen Methoden gewonnen wurden. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels erfolgt daher die Vorstellung und Begründung des gewählten qualitativen Forschungsansatzes. Da den einzelnen Publikationen unterschiedliches Datenmaterial sowie Erhebungs- und Auswertungsmethoden zugrunde liegen, wird im Folgenden für jede einzelne Publikation separat darauf eingegangen. In *Tabelle 1* sind die je Publikation unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen (Zugang zum Forschungsfeld, Datenerhebung und Datenauswertung) überblicksartig zusammengestellt. Die detaillierten Ausführungen zum methodischen Vorgehen sind den Originalpublikationen zu entnehmen. Daher erfolgt an dieser Stelle jeweils eine überblicksartige Zusammenschau der verwendeten Methoden unter Berücksichtigung der für qualitatives Arbeiten angemessenen Gütekriterien¹⁵. Zentral für qualitatives Arbeiten ist auch das Thema der Subjektivität der Forscherin und ihre Selbstreflexion, weshalb es zum Abschluss des Kapitels gesondert behandelt wird.

¹⁴ Für die Darstellung des Methoden- und Ergebnisteils werden einige Textpassagen aus den Originalarbeiten verwendet mit teilweise nur geringfügigen Veränderungen. Es wird jedoch auf das durchgängige Zitieren der eigenen Publikationen verzichtet, da es sich um die Zusammenfassung dieser Publikationen handelt.

¹⁵ Zur Angemessenheit von Gütekriterien in der qualitativen Sozialforschung gibt es unterschiedliche Standpunkte (vgl. Breuer, 1996; 2010; Lamnek, 2005; Strübing, Hirschauer, Ayaß, Krähnke & Scheffer, 2018). In der vorliegenden Arbeit wurden, wie von Breuer (2010) vorgeschlagen, zur Sicherung der wissenschaftlichen Erkenntnisse die Kriterien der Transparenz, Selbst-/Reflexivität und Selbst-/Kritik angelegt und im Folgenden eingehend dargestellt (siehe Kapitel 3.5 der vorliegenden Arbeit).

Tabelle 1: Übersicht über das methodische Vorgehen in den Publikationen

	Datenmaterial	Datenerhebung	Datenauswertung
Publikation 1	Textpassagen und Definitionen von transkultureller Kompetenz aus 130 deutsch- und englischsprachigen Artikeln	Literaturrecherche nach vorher festgelegten Suchkriterien	Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998)
Publikation 2	Interviews mit 30 Behandlern der psychosozialen Versorgung	Problemzentriertes Interview mit Leitfaden	Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998)
Publikation 3	Interviews mit 30 Behandlern der psychosozialen Versorgung	Problemzentriertes Interview mit Leitfaden	Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998)
Publikation 4	Interviews mit 6 Behandlern der psychosozialen Versorgung und 6 Patienten mit Migrationshintergrund	Problemzentriertes Interview mit Leitfaden	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2010)
Publikation 5	Interviews mit 11 Patienten mit Migrationshintergrund	Problemzentriertes Interview mit Leitfaden	Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998)

3.1 Studiendesigns

Für die Analyse und Systematisierung bestehender Konzeptionen zum Begriff *transkulturelle Kompetenz* wurde eine Literaturrecherche in der psychologischen, medizinischen und angrenzenden Fachliteratur (Wirtschafts-, Sozial-, Bildungs-, und Kulturwissenschaften) durchgeführt, die sich an den Leitlinien für systematische Übersichtsarbeiten von Hasseler (2007) orientierte (**Publikation 1**).

Die übrigen Forschungsfragen beziehen sich auf die subjektive Perspektive von Patienten mit Migrationshintergrund sowie Behandlern aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft, weshalb ein qualitatives, interviewbasiertes Studiendesign gewählt wurde: Zum Einen ermöglicht die qualitative Analyse von Fragestellungen es, Bedeutungszusammenhänge aus der Wahrnehmung der Interakteure selbst zu rekonstruieren und dabei offen zu bleiben für Erkenntnisse jenseits bisher gängiger Annahmen. Zum Anderen erscheint eine qualitative Herangehensweise aufgrund der bislang spärlichen Datenbasis zum Thema und des daher explorativen Charakters der vorliegenden Arbeit,

sinnvoll (Flick, 2007; Flick, von Kardorff & Steinke, 2000; Helfferich, 2011). Für die **Veröffentlichungen 1, 2, 3 und 5** wurde ein Vorgehen in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998; Mey & Mruck, 2010) gewählt, welches aufgrund des interessierenden Untersuchungsgegenstandes (die subjektiven Erfahrungen von Patienten und Behandler) und der bewusst zunächst sehr offen gehaltenen Fragestellungen als für den Untersuchungsgegenstand angemessen befunden wurden (entsprechend dem Gütekriterium der Gegenstandsangemessenheit; Breuer, 2010; Strübing et al., 2018).

Die Grounded Theory gilt einerseits als wissenschaftstheoretischer Forschungsstil, andererseits als qualitative Forschungsmethode, bei der verschiedene Verfahren dazu verwendet werden können, um schrittweise eine in den Daten begründete Theorie zu entwickeln (eine „grounded theory“). Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander, wobei den Daten sowie dem zu untersuchenden Feld Priorität gegenüber den theoretischen Annahmen zu gewähren ist (Flick, 1995). Begonnen wurde mit der Erhebung einiger weniger Fälle, die im nächsten Schritt detailliert codiert, das heißt auf ihren konzeptuellen Gehalt hin untersucht wurden (in Bezug auf die Frage, auf welche allgemeinen Konzepte die spezifischen Daten hinweisen?). Die erste Analyse ist entscheidend für die Auswahl weiterer „Fälle“, die für die Fragestellung von Interesse sein könnten (dies wird als theoretisches Sampling bezeichnet), wobei ein Fokus auf Vergleiche und Kontraste bei der weiteren Auswahl von Fällen gelegt wird, um Ähnlichkeiten und Unterschiede zum bisher Gefundenen aufzuspüren. Im Verlauf bestätigen sich bestimmte Konzepte, andere werden verworfen. Auch die Fragestellungen können in Anlehnung an die in den Daten gefundenen Erkenntnisse neu formuliert werden. Datenauswahl, -erhebung und -auswertung verlaufen also als ineinander verschränkte Prozesse. Es entstehen im Verlauf des Forschungsprozesses abstrahierende Kategorien, welche im Abgleich mit weiterem Material immer weiter verdichtet werden und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Schlusspunkt

des Forschungsprozesses bilden so genannte Kernkategorien, welche den Schlüssel zum Verständnis des Phänomens bilden (Mey & Mruck, 2010). In der hier vorliegenden Arbeit wurde versucht, die beschriebene Verschränkung der verschiedenen Prozesse umzusetzen, was mitunter auch dazu führte, dass die Darstellung des methodischen Vorgehens nicht linear abbildbar ist.

Für die 4. Publikation wurde die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) als angemessenes Verfahren ausgewählt, da bereits vor Beginn der Auswertung unter der interessierenden Fragestellung die zuvor aus der Literaturanalyse entwickelten Kategorien (Publikation 1) zur Verfügung standen. Diese konnten in den Auswertungsprozess mit diesem methodischen Vorgehen integriert werden und bildeten dabei eine Art „Suchraster“ (Kuckartz 2016, S. 96) dar, die halfen, das Datenmaterial zunächst grob zu strukturieren.

3.2 Datenbasis und Zugang zum Datenmaterial

Datenbasis der **1. Publikation** bilden 130 deutsch- und englischsprachige Veröffentlichungen ab dem Jahr 1990. Der Fokus lag dabei auf der deutschsprachigen Literatur. Diese wurde um zehn englischsprachige Artikel ergänzt, welche im Prozess der Literaturrecherche als wegweisend eingestuft wurden (aufgrund häufiger Zitationen in der deutschen Fachliteratur).

Den **Publikationen 2, 3, 4 und 5** liegen jeweils Interviews mit Behandlern aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem, mit Ausbildungskandidaten diverser Berliner Ausbildungsinstitute zum Psychologischen Psychotherapeuten (PIA) sowie Patienten zugrunde. Insgesamt wurden 20 Interviews mit Behandlern, 10 Interviews mit Psychotherapeuten in Ausbildung und 11 Interviews mit Patienten mit Migrationshintergrund geführt, transkribiert und ausgewertet. Datenbasis der **Publikationen 2 und 3** bildeten 30 Interviews (approbierte und nicht approbierte Behandler), in die **Publikation 4** flossen Daten aus 12 Interviews ein (3 approbierte, 3 nicht approbierte Behandler, 6 Patienten mit

Migrationshintergrund). Die **5. Publikation** beinhaltet Daten aus den 11 Interviews mit Patienten mit Migrationshintergrund.

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über verschiedene psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen (Tageskliniken, offene Psychiatriestationen, Ambulanzen verschiedener Psychotherapie-Ausbildungsinstitute, ambulante Psychiatrie- & Psychotherapiepraxen, Psychiatrische Institutsambulanzen) in unterschiedlichen Bezirken Berlins. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach dem Prinzip der minimalen und maximalen Kontrastierung von Fällen, wodurch eine möglichst große Heterogenität der Stichprobe und damit ein größtmögliches Spektrum an Informationen erzielt wurde. Die Befragten unterschieden sich hinsichtlich der folgenden Merkmale: Alter, Geschlecht, Beruf, psychotherapeutisches beziehungsweise co-therapeutisches¹⁶ Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie). Alle Interviewpersonen waren psychotherapeutisch oder co-therapeutisch tätig. Für eine genaue Übersicht über alle Interviewpartner siehe Anhang B.

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und im Anschluss an die Interviews vollständig transkribiert. Die Transkription der Interviews erfolgte in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Mergenthaler & Mühl (1992; siehe auch Mergenthaler & Stinson, 1992)¹⁷. Dabei wurden nur geäußerte Inhalte und nicht deren Kontexte (z.B. Lautstärke, Intonation, etc.) analysiert (Meuser & Nagel, 2005). Die ethischen Forschungsrichtlinien bezüglich *Freiwilligkeit*, *informierter Einwilligung* sowie *Anonymität* und *Vertraulichkeit* (z.B. Hopf, 2016) wurden eingehalten: Alle Befragten wurden im Vorhinein über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, Untersuchungsziel und die Anonymisierung ihrer Daten informiert und gaben ihre Einwilligung bezüglich Aufnahme, Transkription und Analyse ihres

¹⁶ Die Formulierung co-therapeutisch stammt von den Interviewpersonen und meint solche psychotherapeutischen Maßnahmen, die nicht von approbierten psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurden, sondern beispielsweise von einer Pflegefachkraft, die eine psychotherapeutische Weiterbildung absolviert hat.

¹⁷ Transkriptionssystem und Beispieltranskript siehe Anhang H und I.

Interviews (siehe Dokumente *Teilnehmerinformation* sowie *Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie* im Anhang E und F). Sämtliche Personennamen, Orts-, Straßen- und Stadtteilbezeichnungen sowie die Versorgungseinrichtungen wurden im Verlauf der Transkription der Interviews vollständig anonymisiert. Die Interviews fanden auf Wunsch der Befragten an ihrem Arbeitsplatz oder an einem neutralen Ort statt. Die Länge der Interviews betrug zwischen 60 und 120 Minuten. Die Befragten erhielten im Anschluss an das Interview einen Kurzfragebogen, in dem soziodemografische Angaben, sowie Daten zur Ausbildung und zur aktuellen beruflichen Situation erhoben wurden, u.a. auch bisherige Erfahrungen mit Patienten mit Migrationshintergrund (siehe Anhang G).

Von der Interviewerin wurde im Anschluss an die Interviews ein Postskript (siehe Anhang D) zum Interview erstellt, angelehnt an die Vorschläge von Przyborski & Wohlrab-Sahr (2009). In diese Beobachtungsprotokolle flossen Eindrücke aus dem Interview, die sich sowohl auf die Atmosphäre im Interview bezogen, als auch die Interaktion zwischen Interviewerin und Interviewtem kurz umrissen und erste Gedanken zum Inhalt des Gesagten festhielten.

3.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erstreckte sich aufgrund des Umfangs des Datenmaterials sowie der empfohlenen Verschränkung von Datenerhebung und Datenauswertung von 2012 bis 2015. Für die **Publikation 1** wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Für die Befragung der Interviewteilnehmer in den **Publikationen 2, 3, 4 und 5** wurden problemzentrierte Interviews nach Witzel (1985) verwendet.

3.3.1 Literaturrecherche nach Hasseler (2007)

Für die in der **1. Publikation** vorgenommene Analyse und Systematisierung bestehender Konzeptionen zum Begriff *transkulturelle Kompetenz* wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, die sich an den Leitlinien für systematische

Übersichtsarbeiten von Hasseler (2007) orientierte. Da das genaue Vorgehen zur Datenerhebung in der Originalpublikation bereits detailliert beschrieben wurde, soll an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen werden.

3.3.2 Problemzentriertes Interview nach Witzel (1985)

Problemzentrierte Interviews (Witzel, 1985) ermöglichen durch die Verwendung eines Leitfadens eine Eingrenzung auf den Forschungsgegenstand. Die „Problemzentrierung“ (Witzel, 2000, S. 2) ermöglicht es, am Forschungsgegenstand orientierte Fragen zu stellen und damit die subjektive Sichtweise der Interviewpersonen zum Forschungsthema nach und nach zu präzisieren. Eventuelle Nachfragen zum Erzählten, Konkrete Fragen sowie Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen sind ebenfalls Teil des Leitfadens. Das Konzept des Problemzentrierten Interviews erschien besonders geeignet, um Daten zu generieren, die einerseits den Fokus auf den Forschungsgegenstand wahren und andererseits den Befragten die Möglichkeit einräumen, eigene Schwerpunkte zu setzen.

Für die unterschiedlichen Gruppen von Befragten (Patienten, Psychotherapeuten in Ausbildung, Behandler des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystems) wurden je drei Leitfäden nach den von Helfferich (2011) vorgeschlagenen Prinzipien konzipiert. Entsprechend wurden vier offene Fragen formuliert, die einen Erzählanstoß zu einem Themenfeld geben (z.B. *Können Sie mir über Ihre Erfahrungen in der Behandlung erzählen? Was haben Sie als hilfreich und unterstützend empfunden?*) und mögliche Nachfragen (z.B. *Was würden Sie gern verändern?*) sowie konkrete Fragen zu spezifischen Themen (*Was hat aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass Sie die Behandlung abgebrochen haben?*) vorab festgelegt, die bei Bedarf gestellt werden konnten (Leitfäden siehe Anhang C).

Die Interviews wurden von vier verschiedenen Interviewerinnen durchgeführt, die zuvor an einer Schulung teilgenommen hatten. Ein Interview fand auf Wunsch der Befragten als Gruppeninterview statt (zwei Behandler, eine Interviewerin).

3.4 Auswertungsmethoden

Der Forschungsprozess der **1., 2., 3. und 5. Publikation** orientierte sich an den Prinzipien der *Grounded Theory Methodologie* (Glaser & Strauss, 1998), die durch ein Wechselspiel von induktiven und deduktiven Schritten die Entwicklung von in den Daten begründeten Theorien ermöglicht (Mey & Mruck, 2010). Die Datenauswertung der **4. Publikation** erfolgte nach der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Mayring (2010). Die gesamte Auswertung erfolgte computergestützt mithilfe des Programms MAXQDA (VERBI GmbH, 2016). Für ein Beispiel eines Codiersystems nach MAXQDA siehe Anhang J. Auswertungsbeispiele finden sich im Anhang L.

3.4.1 Auswertung nach der Grounded Theory

Die Auswertung der anhand der Literaturrecherche gewonnenen Definitionen (**Publikation 1**) sowie die Auswertung der Interviews mit Behandlern der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und Patienten (**Publikationen 2, 3 und 5**) erfolgte nach den Prinzipien der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998). Auf der Basis des theoretischen Vorverständnisses und unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellungen wurden durch offenes, axiales und selektives Codieren sukzessive Kategorien gebildet und fortlaufend am empirischen Material validiert: Codieren wird hier als zentrale Auswertungstechnik verwandt, bei der bestimmte Textpassagen (auch einzelne Worte) mit „(vorläufigen) Abstraktions- und Benennungsideen“ (Breuer, 2010, S. 74) versehen werden – den sogenannten Codes. Die codierten Textstellen bilden dabei die sichtbaren Indikatoren für dahinterliegende Konzepte (Konzept-Indikator-Modell; z.B. Strauss, 1994). Sowohl die relevanten Textpassagen der bestehenden Fachliteratur (**Publikation 1**) als auch das Interviewmaterial (**Publikationen 2,3 und 5**) wurde zunächst auf diese Weise codiert und auf interessante „Vorfälle“ (Mey & Mruck, 2010, S. 619) hin untersucht (offenes Codieren). Es wurde darauf geachtet, Codes zu vergeben, die möglichst nah an der Formulierung im

Original oder sogar identisch mit ihr waren (sogenannte *in vivo Codes*).

Im weiteren Auswertungsprozess wurden die Codes sukzessive durch Zusammenfassen, Sortieren und Fokussieren zu Kategorien weiterentwickelt, welche ständig durch Hinzunahme neuen Datenmaterials überprüft, ausdifferenziert und die Beziehungen der Kategorien zueinander herausgearbeitet wurden (axiales Codieren). Im Sinne des selektiven Codierens wurden Kernkategorien herausgearbeitet, die den untersuchten Gegenstand erklären. Während des gesamten Untersuchungszeitraums wurde das vorläufige Kategoriensystem entsprechend den Empfehlungen zur Konzeptbildung, zum permanenten Vergleich, der Bildung minimaler und maximaler Kontraste fortlaufend überprüft (Glaser & Strauss, 1998; Mey & Mruck, 2010). Den Auswertungsprozess begleitete außerdem das Schreiben von sogenannten Memos, das heißt, Bemerkungen zu einzelnen Codes mit Gedanken zum Verständnis und zur Interpretation des Datenmaterial, Ideen für vorläufige Kategorien und mögliche theoretische Verknüpfungen. Außerdem wurde fortlaufend ein Forschungstagebuch zur Selbstevaluation (Breuer, 2010) geführt. Die Materialsammlung und -analyse wurde so lange fortgesetzt, bis Datensättigung erreicht war, das heißt, bis die herausgearbeiteten Kategorien sich wiederholten und im Zuge weiterer Vergleichsprozesse keine zusätzliche Variation mehr gefunden wurde (Mey & Mruck, 2010; Strauss & Corbin, 1998).

3.4.2 Auswertung nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse Mayring (2010)

Für die **Publikation 4** der vorliegenden Arbeit erfolgte die Auswertung des Interviewmaterials nach der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Das Vorgehen ermöglicht aufbauend auf dem theoretischen Vorwissen die Entwicklung von Kategorien *vor* Bearbeitung des eigentlichen Datenmaterials. Anschließend wird das Datenmaterial auf die Kategorien hin untersucht. Im Verlauf der Auswertung werden bereits existierende Kategorien durch induktiv gefundene Kategorien erweitert und

ausdifferenziert bis ein vollständiges Kategoriensystem vorliegt (Schreier, 2014). In der vorliegenden Arbeit dienten die in Publikation 1 herausgearbeiteten Kategorien über Konzeptionen transkultureller Kompetenz als Orientierungshilfe zur Bildung von Kategorien, wie z. B. eine Wissens-, Sprach- oder Reflexionskategorie. Mithilfe dieser Kategorien und des theoretischen Vorwissens wurde das Interviewmaterial auf relevante Textpassagen (in Bezug auf die Frage, was die Interviewteilnehmer unter transkultureller Kompetenz verstehen) hin untersucht. Die im Rahmen der Literaturanalyse erstellten Kategorien stellten dabei ein orientierendes und strukturierendes Suchraster dar. Das Selektionskriterium der Relevanz erfüllten alle Textstellen, in denen explizit der Begriff *transkulturelle Kompetenz* genannt wurde, da die interviewten Personen beispielsweise konkret danach gefragt wurden („Kennen Sie den Begriff transkulturelle Kompetenz? Was ist Ihrer Meinung nach darunter zu verstehen?“). Weiterhin wurden auch solche Textstellen mit einbezogen, die implizit auf Vorstellungen transkultureller Kompetenz bei den Befragten schließen lassen. Alle relevanten Textstellen wurden mit Codes versehen, die in mehrmaligen Bearbeitungsdurchgängen entweder den jeweiligen Kategorien zugeordnet oder zu neuen Kategorien zusammengefasst wurden. Sukzessive wurden die Kategorien zu thematisch abstrakteren Kategorien oder zu inhaltlich differenzierteren Kategorien zusammengefasst, bis zuletzt ein Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien entstand. Für eine verbesserte Zuverlässigkeit des Codierprozesses, wurde die Technik des „konsensuellen Codieren[s]“ (Kuckartz 2016, S. 105) angewandt: sämtliche Interviewpassagen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander codiert und im Anschluss Gemeinsamkeiten und Differenzen diskutiert. Dies ermöglichte die stetige Ausdifferenzierung des Codierleitfadens. Dieser enthält neben der Definition der jeweiligen Kategorie, Ankerbeispiele aus den Interviews sowie Codierregeln, die die richtige Zuordnung bei Abgrenzungsproblemen zu anderen Kategorien ermöglichen (siehe Anhang K).

3.5 Subjektivität und Selbstreflexion im qualitativen Forschungsprozess

Zur Sicherung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und als ein zentrales Gütekriterium qualitativer Forschung gilt neben der Transparenz in der Darstellung des Forschungsprozesses die Selbst- /Reflexivität und Selbst- /Kritik des Forschenden (Breuer, 1996, 2010).

3.5.1 Darstellung des eigenen Vorwissens und eigener Präkonzepte

Den Gütekriterien qualitativer Forschung entsprechend habe ich mich im Verlauf des gesamten Forschungsprozesses immer wieder mit meinem eigenen theoretischen Vorwissen und meinen eigenen Positionen gegenüber dem Forschungsgegenstand auseinandergesetzt, und möchte diese im Folgenden skizzieren: Meine Entscheidung, das Thema der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zum Forschungsgegenstand für meine Dissertation zu machen, stand bereits mit dem Ende meines Studiums fest. Schon während des Studiums hatten mich Fragen nach einer gleichberechtigten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von benachteiligten Personen“gruppen“, beschäftigt. Daher besuchte ich mehrere Seminare zum Thema „multicultural society“ während meines Auslandsaufenthaltes in Norwegen und an meiner Heimatuniversität in Marburg. Während eines Praktikums auf einer interkulturellen Station einer Psychiatrie erfuhr ich die Hilflosigkeit der Behandler im Kontakt mit Patienten mit Migrationshintergrund und ihre Orientierungssuche in (vorschnellen?) Kategorisierungsversuchen über bis dahin Unverstandenes einerseits, und die Verunsicherung der Patienten mit Migrationshintergrund ob der Passung der Institution Psychiatrie zu ihren Problemen andererseits. Auch die als widrig zu bezeichnenden strukturellen und finanziellen Versorgungsbedingungen (beispielsweise fehlende Finanzierung von Dolmetschern, die dann durch spontan hinzugezogene Putzkräfte des Krankenhauses ersetzt wurden) skizzierte die Überforderung von Institution und Personal.

Während einer Anstellung als Gastwissenschaftlerin an der Charité in einem Forschungsprojekt zum Thema Suizidalität bei verschiedenen Migrantengruppen erlebte ich, bis dahin ausschließlich in quantitativen Forschungsmethoden ausgebildet, mit der Verwendung von qualitativen Forschungsdesigns eine methodische Bereicherung. Insgesamt fiel mir auf, wie wenig Forschungsliteratur es in meiner eigenen Fachdisziplin zu Fragen der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund gibt, wie umfangreich dagegen die Beschäftigung, gerade auch mit dem Begriff der interkulturellen Kompetenz in anderen Fachdisziplinen ist. Auf der Suche nach einer Übersetzung der Konzeption transkulturelle Kompetenz für die klinisch-psychotherapeutische Arbeit blieb ich in der entsprechenden Fachliteratur fast immer ergebnislos. Auch wurde mir bewusst, dass weder auf Forschungsebene, noch im Rahmen meiner praktischen Erfahrungen, viel mit den Behandlern oder Patienten mit Migrationshintergrund selbst über das gesprochen wurde, was sie hilfreich in ihrer Behandlung erlebten und wo sie Schwierigkeiten sähen. Vor allem im deutschen Sprachraum gab es nahezu keine Untersuchungen zur Perspektive von Patienten oder Behandlern. Das regte mich an, genau diese Fragen an die Interakteure selbst zu stellen.

3.5.2 Reflexion des Auswertungsprozesses

Der gesamte Forschungsprozess wurde durch das kontinuierliche Schreiben eines Forschungstagebuchs begleitet, welches neben eigenen Vorannahmen zum Untersuchungsgegenstand und Gedanken zur Auswahl der Interviewpersonen (im Sinne der größtmöglichen Kontrastierung von Fällen) sowie zum Verlauf der Interviews, auch Memos zu Gesprächen mit Kollegen und die Selbstreflexion der Forscherin in Beziehung zum Forschungsthema enthält. Darüber hinaus ermöglichte das Schreiben von Memos zu einzelnen Codes beziehungsweise zum Prozess der schrittweisen Bildung von Kategorien (siehe oben) eine fortwährende Reflexion des Forschungsprozesses.

Weiterhin erfolgte der gesamte Forschungsprozess (Entwicklung der Fragestellung, Wahl der Forschungsmethode unter Berücksichtigung von Fragen zur Datenerhebung und Datenauswertung) im Austausch mit einer Forschungsgruppe, welche sich aus fünf Teilnehmern unterschiedlicher Disziplinen zusammensetzte (Ethnologie, Wirtschaftswissenschaften, Soziologie & Psychologie), die sich zunächst 14-tägig traf, im Verlauf einmal im Monat. Die Verbindung entstand durch den gleichen methodischen Ansatz (Grounded Theory). Die disziplinübergreifende Zusammensetzung der Auswertungsgruppe ermöglichte eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Perspektiven. Beispielsweise wurde in der Gruppe der Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“ sehr kontrovers diskutiert, was ich als sehr bereichernd erlebte (siehe 3.5.3). Eine weitere Forschungsgruppe, bestehend aus 3 Psychologen wurde ebenfalls 14-tägig besucht und ermöglichte die psychologisch-fachliche Einbettung in das Thema. Die Zusammenarbeit in beiden Gruppen ermöglichte eine Validierung von verschiedenen Forschungsentscheidungen (zum Beispiel bei der Auswahl der Interviewpartner und der Entscheidung, auch Psychotherapeuten in Ausbildung zu befragen), die Eröffnung anderer Perspektiven auf das Datenmaterial, die Notwendigkeit zu Transparenz und Nachvollziehbarkeit der eigenen Auswertungsschritte und Interpretationen (im Sinne intersubjektiver Kontrolle) und eine kritische Reflexion der eigenen Rolle als Forscherin, eigener Vorannahmen und Erhellung eigener „blinder Flecken“. Forschungssupervision erfolgte des Weiteren im Rahmen von regelmäßigem Austausch mit der Betreuerin Frau Prof. Dr. A. Auckenthaler, verschiedenen Tagungen und Methodenworkshops sowie durch die Teilnahme an einem sozialpsychiatrischen Forschungskolloquiums (halbjährig stattfindend) an der Charité. Bei einem Methodenworkshop zur reflexiven Grounded Theory wurde ich beispielsweise darauf aufmerksam gemacht, dass die von mir vorgenommene Gruppeneinteilung der Befragten in drei verschiedene Gruppen (Patienten, Behandler und Psychotherapeuten in Ausbildung) von

theoretischen Vorannahmen über diese „Gruppen“ geprägt sei und ich wurde ermutigt, im Auswertungsprozess von dieser theoretischen Einteilung zunächst innerlich zurückzutreten und nicht ausschließlich nach Unterschieden zwischen, sondern auch nach Gemeinsamkeiten innerhalb der vermeintlichen Gruppen zu achten und mich für gänzlich neue Erkenntnisse jenseits der Gruppen zu öffnen. Nach Rücksprache mit meiner Betreuerin und dem Forschungskolloquium wurde dann in den Veröffentlichungen die für die psychologische/medizinische Leserschaft gängige Gruppeneinteilung für die Darstellung der Ergebnisse wieder eingeführt (siehe Gütekriterium der textuellen Performanz; Strübing et al., 2018).

3.5.3 Methodische Herausforderung: Verwendung des Begriffs „Mensch mit Migrationshintergrund“ auf Basis einer dynamischen Kulturbegriffsdefinition?!

Im Verlauf meines Forschungsprozesses und durch kritische Bemerkungen meiner interdisziplinären Forschergruppe wurde mir ein meiner Arbeit innewohnendes Paradoxon bewusst: ich möchte etwas über die Erfahrungen mit einer „Gruppe“ von Personen herausfinden (Patienten mit Migrationshintergrund), während ich gleichzeitig den Terminus zu dekonstruieren versuche.

Einerseits war ich darum bemüht, meiner Arbeit eine dynamische Kulturbegriffsdefinition zugrunde zu legen und auf die einseitige Zuschreibung von Kultur zu Nation oder Ethnie zu verzichten. Andererseits fragte ich in meinen Interviews ganz direkt nach den Erfahrungen der Behandler mit Patienten *mit Migrationshintergrund* und befragte auch gezielt Patienten mit Migrationshintergrund, womit ich dem Kulturbegriff eindeutig eine nationale Verortung verlieh. Weiterhin setzte ich implizit voraus, dass es sich bei den von mir angesprochenen Personen real um eine (mehr oder minder homogene) Gruppe handele.

Diesen Überlegungen Rechnung tragend, erwog ich, sowohl im Anschreiben, als auch in meinem Leitfaden auf die Eingrenzung des Themas auf die Behandlung von migrierten Patienten zu verzichten, nahm dann aber nach Rücksprache mit meiner Forschergruppe und

im Austausch mit Kollegen während eines Methodenworkshops davon Abstand, da ich befürchtete, dass der mich interessierende Forschungsgegenstand sonst zu wenig beleuchtet werden könnte. Außerdem hatte ich aufgrund des mir vorgegebenen Umfangs der Stichprobe nicht die Möglichkeit, die Interviews zeitlich noch weiter auszudehnen. Ein Lösungsversuch bestand darin, dass ich als Einstiegsfrage für die Interviews eine allgemeine Formulierung wählte (*Können Sie mir etwas über den Kontext Ihrer Arbeit erzählen?*) um damit offener schauen zu können, was für die Interviewpersonen persönlich relevant schien. Außerdem formulierte ich im Leitfaden konkrete Nachfragen bei Bedarf (zum Beispiel: „Was meinen Sie mit Kultur genau?“), um die Bedeutung der Konzepte „Kultur“ und „Mensch mit Migrationshintergrund“ herauszuarbeiten und verglich sie mit den im Interview auftretenden impliziten Vorstellungen über die beiden Konzepte. Dennoch können diese Lösungsversuche das oben beschriebene Paradoxon nicht vollständig auflösen. Und dies ist vielleicht auch nicht möglich. Denn: wie anders könnte die Versorgungssituation einer „Gruppe“, die nach wie vor in Deutschland strukturell benachteiligt wird, verbessert werden, ohne sich zunächst notgedrungen dieser vorgefertigten Kategorie zu bedienen?

4. Ergebnisse

Ein übergreifendes Ergebnis der vorliegenden Publikationen ist, dass sowohl in der vorliegenden Fachliteratur als auch bei den für die diese Arbeit befragten Personen zu verschiedenen Begrifflichkeiten zum Teil ganz unterschiedliche Vorstellungen vom Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“ und vom Begriff „transkulturelle Kompetenz“ existieren: So wird etwa „transkulturelle Kompetenz“ einmal an den Erwerb „kulturspezifischen“ Wissens, dann wieder an eine bestimmte therapeutische Haltung gebunden. Wenn es aber um die Frage nach der besten Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal gehen soll, sollte vorher genau definiert werden, was eigentlich unter transkultureller Kompetenz jeweils verstanden wird.

Ein weiteres übergreifendes Ergebnis kann unter dem Stichwort „Mangel an Austausch“ subsumiert werden: Zum einen betrifft dies die Ebene der Interakteure, wo es zwischen Behandlern und Patienten offenbar kaum zu Austausch darüber kommt, wie die transkulturelle Behandlung wahrgenommen wird, welche hilfreichen beziehungsweise herausfordernden Erfahrungen die Interakteure jeweils machen und was sie sich für die gemeinsame Arbeit wünschen. Zum Anderen betrifft dies die Ebene der Fachdisziplinen, wo es insbesondere zwischen psychologischen, medizinischen und kulturwissenschaftlichen Fachdisziplinen an Austausch über aktuelle Erkenntnisse mangelt und jeder auf seinen Forschungsbereich beschränkt bleibt, anstatt von gemeinsamen Synergieeffekten zu profitieren. In einer weiter gefassten Perspektive lässt sich dies auch länderübergreifend konstatieren: Es scheint nach wie vor kaum Austausch über aktuelle Entwicklungen und Forschungsperspektiven zum Thema über Ländergrenzen hinweg zu geben, und es fällt auf, dass gerade die angloamerikanischen Forschungsbemühungen wenig Einfluss auf hiesige Fragestellungen und Entwicklungen genommen haben.

Die Ergebnisse der einzelnen in dieser Arbeit vorgelegten Publikationen werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Publikation 1 : Steinhäuser et al_ “Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews“

Publikation 1 liegt die Frage zugrunde, welche Konzeptionen von transkultureller Kompetenz es in Psychologie, Medizin und anderen Disziplinen (Wirtschafts-, Sozial-, Bildungs- und Kulturwissenschaften) gibt und welche für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung relevant sein können. Dafür wurden insgesamt 130 deutsch- und englischsprachige Veröffentlichungen analysiert und nach der Methode der Grounded Theory ausgewertet. Die Analyse der Fachbeiträge zum Konzept „transkultureller Kompetenz“ zeigt, dass sehr unterschiedliche Vorstellungen von transkultureller Kompetenz existieren, die in drei Ansätze unterteilt werden können: den technologischen Ansatz (mit Fokus auf Wissens- bzw. Handlungskompetenzen), den Komponentenansatz (kulturspezifischer bzw. kulturübergreifender Komponentenansatz) und den Haltungs- und Einstellungsansatz. Wenngleich sich alle Beiträge hinsichtlich des übergeordneten Ziels, die Benachteiligung von Patienten mit Migrationshintergrund in der psychosozialen Versorgung zu verringern, ähneln, so finden sich doch auch zahlreiche Unterschiede. Beispielsweise unterscheiden sich die Beiträge in den Meinungen darüber, wie dieses Ziel erreicht werden könnte und wer Adressat transkultureller Kompetenztrainings sein sollte. Weitere Unterschiede ergaben sich hinsichtlich des jeweils zugrunde gelegten Kulturbegriffs (statische beziehungsweise dynamische Kulturdefinition) und den Vorstellungen davon, wie transkulturell gehandelt werden sollte. Die Unterschiede wirkten sich auf die Einschätzung über den Sinn von kompensatorischen Lernprogrammen zum Erwerb der Kompetenz entscheidend aus (für eine Kurzübersicht siehe Tabelle 2 in der Originalpublikation).

Es zeigte sich außerdem eine Häufung von Fachdisziplinen in bestimmten Ansätzen: Während psychologische und medizinische Beiträge vorwiegend dem technologischen Ansatz sowie dem kulturspezifischen Komponentenansatz zuzuordnen waren, ließen sich bildungs-, sozial- und kulturwissenschaftliche Beiträge schwerpunktmäßig dem kulturübergreifenden Komponentenansatz oder dem Haltungs- und Einstellungsansatz zuordnen. In Beiträgen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund wird demnach „Kultur“ häufiger mit „Nation“ gleichgesetzt und daraus die Vermittlung „kulturspezifischen“ Wissens als Interventionsmaßnahme abgeleitet. Vielfach wurde in solchen Beiträgen außerdem implizit vorausgesetzt, dass Einzelpersonen (Fachkräfte) transkulturelle Kompetenz in kompensatorischen Trainings erlernen sollten. Der Fokus lag hier also nicht auf einer Implementierung von organisationalen (bzw. gesellschaftlichen) Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. Es zeigte sich, dass in anderen Fachdisziplinen der Kontext stärker berücksichtigt wird. Für einen Überblick siehe Abbildung 1.

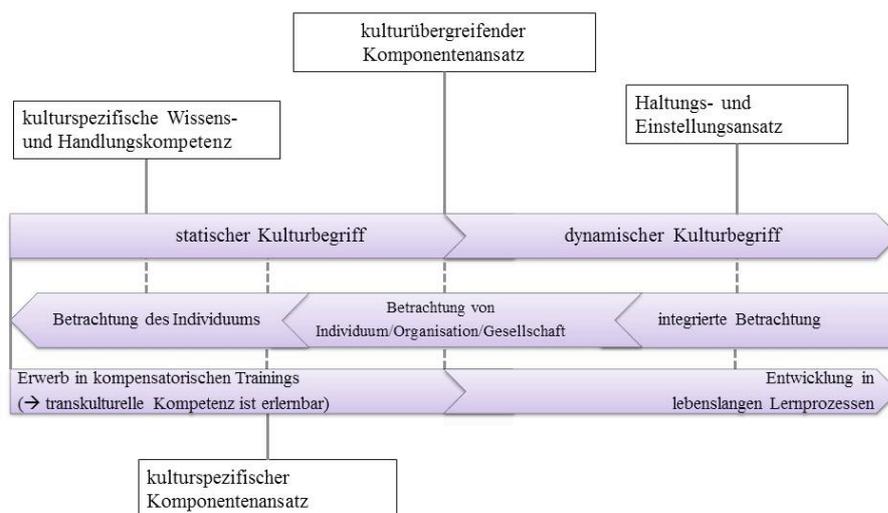


Abb. 1: Konzeptionen von transkultureller Kompetenz

Ein weiterer Befund der Analyse ist die bislang nur unzureichende Präzisierung verschiedener zentraler Bezeichnungen. So konnte gezeigt werden, dass über die Forderung nach transkulturellen Kompetenzen hinaus wenig konkretisiert wird, *was* genau *trainiert* werden soll, *welches konkrete Ziel* mit den Trainings verfolgt werden soll und an *wen* sich Trainings richten sollen. Denn oft wird auch nicht ausreichend expliziert, wer genau jeweils mit der Bezeichnung „Patient mit Migrationshintergrund“ gemeint ist. Auch die unterschiedlichen Bezeichnungen – interkulturell, transkulturell, multikulturell, kultursensibel – werden meist ohne nähere Explikation verwendet und mischen sich mitunter selbst innerhalb der einzelnen Beiträge. Dabei verbergen sich hinter den unterschiedlichen Bezeichnungen (wie im theoretischen Teil der Arbeit erläutert) unterschiedliche theoretische Konzeptionen, die je unterschiedliche Auswirkungen auf deren praktische Umsetzung haben. Als weiteres Ergebnis der Analyse lässt sich festhalten, dass es kaum inhaltlichen Austausch zwischen den einzelnen Fachdisziplinen gibt.

4.2 Publikation 2: Steinhäuser et al_ „Limitations of trainings in cross-cultural competence- The practitioner perspective“

In der zweiten Publikation wird der Frage nachgegangen, welche Erfahrungen Behandler in der Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund machen. Welche Herausforderungen sehen sie in der transkulturellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung? Welche Implikationen hat dies für die Aus- und Weiterbildung? Zur Beantwortung dieser Fragen wurden 30 problemzentrierte Interviews mit Behandlern aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitsfeldern mithilfe der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1998) ausgewertet.

In Anlehnung an das Kodierparadigma von Strauss (1994) wurden die von den Behandlern beschriebenen „*transkulturellen Unsicherheiten*“ als das zentrale Phänomen der Untersuchung herausgearbeitet. Als intervenierende Bedingungen für diese Unsicherheiten

erwiesen sich *zugrunde liegende Kulturkonzepte* und die *Andersartigkeit des transkulturellen Settings*, als spezifische Faktoren des Kontextes, in den das Phänomen eingebettet ist, das *medizinische Modell von Psychotherapie*, der *öffentlich-wissenschaftliche Diskurs um Migration*, *psychiatrisch-psychotherapeutische Gesundheitsstrukturen* und die *professionelle Rolle der Behandler*. Die Konsequenzen, die sich für die Behandler aus den transkulturellen Unsicherheiten ergaben, wurden als *emotionale Konsequenzen*, *Konsequenzen im Verhalten gegenüber Patienten mit Migrationshintergrund*, *Konsequenzen in den Einstellungen gegenüber den Bedürfnissen von Patienten* und *Konsequenzen in den Einschätzungen hinsichtlich der Verbesserung der Behandlung* bezeichnet. Abbildung 2 zeigt die Zusammenhänge der ausgearbeiteten Kategorien untereinander.

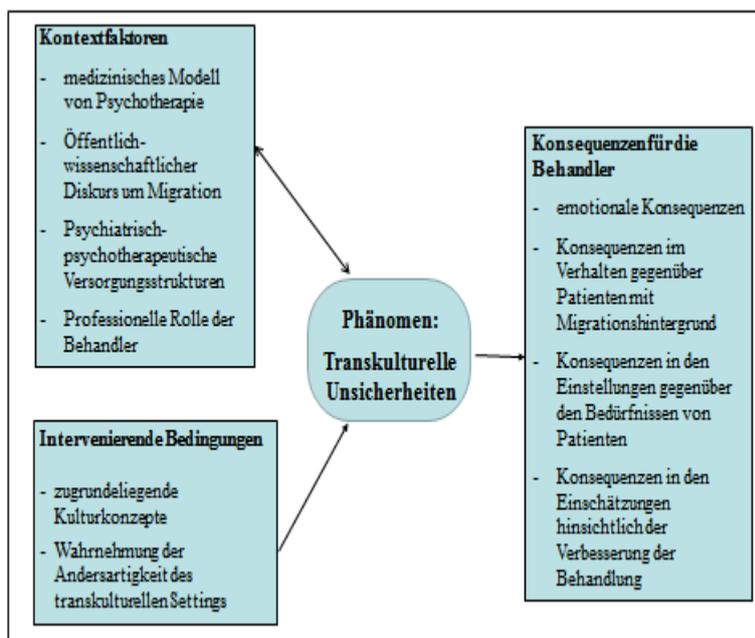


Abb. 2: Darstellung der Kategorien und ihrer Zusammenhänge (in Anlehnung an Strauss, 1994)

Die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund löste bei Behandlern zahlreiche Verunsicherungen aus. „Transkulturelle Verunsicherungen“ entstehen manchmal schon dann, wenn Behandler erfahren, dass ein angekündigter Patient einen Migrationshintergrund hat. Die befragten Behandler berichten unter anderem Unsicherheiten, das eigene therapeutische

Vorgehen betreffend (z.B. die Sorge, die falschen Interventionen vorzuschlagen) und Unsicherheiten, die therapeutische Beziehung betreffend (z.B. die Sorge, unbemerkt rassistisch zu handeln und damit die therapeutische Beziehung zu gefährden).

Diese Unsicherheiten scheinen durch bestimmte Vorannahmen begünstigt zu werden: durch die Annahme, dass Denken und Fühlen von Personen maßgeblich von der jeweiligen Herkunftsnation geprägt seien (wie es im statischen Kulturkonzept postuliert wird) sowie die Annahme, dass die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund grundsätzlich anders sei als die Behandlung von Patienten ohne Migrationshintergrund. So wurde z. B. vermutet, dass Patienten mit Migrationshintergrund andere (überhöhte) Erwartungen an die Behandlung und/oder ein grundlegendes Misstrauen gegenüber den Behandlern hätten, weil sie befürchteten, von diesen diskriminiert zu werden.

Auffallend ist, dass diejenigen Behandler, die ein statisches Kulturkonzept zugrunde legten und die nationale Herkunft des Patienten als zentralen Einflussfaktor auf die Behandlung bewerteten, von deutlich mehr Unsicherheiten berichteten als andere Behandler: Sie fühlten sich von Patienten mit Migrationshintergrund emotional distanzierter als von Patienten ohne Migrationshintergrund und führten dies auf den „kulturellen“ (= nationalen) Hintergrund ihrer Patienten zurück. Sie vermuteten, dass theoretisches Wissen über die andere nationale Herkunft ihnen helfen könnte, diese Distanz zu überwinden und fühlten sich entsprechend schlechter vorbereitet auf die Behandlung (da sie nicht über dieses Wissen verfügten). Insgesamt nahmen sie an, nicht über die notwendigen Kompetenzen zu verfügen, diese Klientel adäquat behandeln zu können.

Zu den transkulturellen Unsicherheiten von Behandlern scheint auch die Einbettung der Behandlungstätigkeit in bestimmte Kontexte beizutragen. Dazu gehört, dass die befragten Behandler ihrer Arbeit das Medizinische Modell von Psychotherapie zugrunde legten, also davon ausgingen, dass der Therapieerfolg maßgeblich von den Interventionen des Behandlers

abhänge. Nach Einschätzung der Behandler seien sie zu wenig auf den Umgang mit den häufig sozial verursachten Problemen (Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung, usw.) von Patienten mit Migrationshintergrund vorbereitet und auch deshalb überfordert, weil ihnen Wissen über Anlaufstellen und Kontaktadressen sowie über die aktuelle Gesetzeslage und politischen Entscheidungen (z.B. Finanzierung von Dolmetschern) fehle. Als Ursachen für die „transkulturellen Unsicherheiten“ nennen die Behandler aber auch die bestehende Fehlversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund, das niedrige Bildungsniveau der Patienten und mögliche Vorbehalte der Patienten gegenüber dem Versorgungssystem.

Einerseits nehmen die Behandler bei ihren Patienten zahlreiche gesellschaftliche Ursachen für die Probleme ihrer migrierten Patienten wahr. Sie berichten über Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht bei der Unterstützung der Patienten bei diesen Belastungen. Auf der anderen Seite erleben die Behandler sich als sehr verantwortlich in ihrer Rolle als Psychotherapeuten, ihren Patienten mit der Bewältigung ihrer (gesellschaftlich bedingten) Probleme, deren Integration voran zu bringen oder erst zu ermöglichen. In diesem Sinne bezeichnete ein Behandler sich und seine Kollegen als „Hebammen der Integration“. Dabei haben sie auch den Eindruck, dass diese Rolle ihnen qua ihrer beruflichen Rolle vonseiten der Gesellschaft angetragen wird.

In der Konsequenz erleben die Behandler ausgeprägte Gefühle von Überforderung (aufgrund des erhöhten Arbeitsaufwandes, den Behandler in der Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund erleben). Sie seien unzufrieden mit der Qualität ihrer Arbeit und fühlten sich hilflos gegenüber den vermuteten Erwartungen an ihre Einflussnahme. Dies löse mitunter auch Frustration und Aggression (gegenüber den Patienten) aus. Häufig wurden auch Schamgefühle genannt: die Behandler glaubten, über zu wenig „kulturspezifisches“ Wissen zu verfügen. Nicht selten wurde berichtet, dass sie in der Folge das Interesse an transkulturellen Themen verlören und, wenn möglich, die Behandlung gänzlich ablehnten.

Andere gaben an, dass sie Patienten mit Migrationshintergrund lieber an andere, in ihren Augen geeignetere Anlaufstellen weiter verwiesen. Insgesamt berichteten die Behandler, dass sie zunehmend verunsichert seien, wie eine adäquate Behandlung für Patienten mit Migrationshintergrund aussehen könnte.

Wenngleich nach Ansicht aller befragten Behandler der Migrationshintergrund des Patienten für die Behandlung immer eine Rolle spiele, ergaben sich zwei unterschiedliche Standpunkte hinsichtlich der Frage nach dem Nutzen spezifischer Behandlungsangebote für Patienten mit Migrationshintergrund: Waren die Behandler der Ansicht, es bedürfe keiner spezifischen Angebote, glaubten sie an die universellen Bedürfnisse aller Menschen danach, sich verstanden zu fühlen. Dafür brauche es kein spezifisches Wissen oder Behandlungsangebot. Vielmehr brauche es allgemeine psychotherapeutische Kompetenzen, wie Wertschätzung, Neugier und Toleranz, ebenso wie einen authentischen Kontakt zum Patienten. Entsprechend wurde manualisiertes Vorgehen in der Behandlung kritisch betrachtet und kein Mehrwert in Trainings oder Seminaren zu transkulturellen Kompetenzen gesehen. Diejenigen Behandler, die annahmen, dass spezifische Kompetenzen in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund unerlässlich seien, hielten viel von speziellen Seminaren oder Manualen. Ein Wissenszuwachs wurde mit einem Zuwachs an Behandlungssicherheit assoziiert. Keiner der Befragten gab an, selbst ein solches Training in transkultureller Kompetenz besuchen zu wollen. Vielmehr empfahlen erfahrene Behandler ein solches Angebot ihren Anfängerkollegen. Den Zwang zu solchen Seminaren empfanden sie als bevormundend.

Offenkundig hängt die Einschätzung der Behandler darüber, ob es für die transkulturelle Behandlung etwas Spezifisches brauche davon ab, in welchem Ausmaß sie dem Migrationshintergrund ihres Patienten Bedeutung für die Behandlung beimessen. Fühlten sich Behandler nicht ausreichend (transkulturell) kompetent, wurde spezifisches Wissen als

bedeutsame Kompensationsmöglichkeit genannt. Schätzten sich Behandler dagegen ausreichend kompetent ein, wurden strukturelle Veränderungen auf institutioneller beziehungsweise gesellschaftlicher Ebene betont. Diejenigen Behandler, die sich von dem Erwerb spezifischen Wissens einen Kompetenzzuwachs erhofften, glaubten dies am besten in einer vertrauensvollen Lernumgebung tun zu können, in der sie angstfrei offene Fragen diskutieren und sich mit eigenen Vorurteilen und Stereotypen auseinandersetzen könnten.

Die befragten Behandler gaben weiterhin an, dass sie Ermutigung bräuchten, sich die transkulturelle Behandlung insgesamt zuzutrauen. Dazu gehöre ihrer Ansicht nach Mut, eigene Unsicherheiten (z.B. Unwissenheit bezüglich einer anderen Herkunftsration) dem Patienten gegenüber offen zuzugeben und Fragen zu stellen. Außerdem nannten sie den Wunsch, hinsichtlich der aktuellen migrationspolitischen Entwicklungen und Gesetze sowie des für Patienten mit Migrationshintergrund spezifischen Helfernetzwerks besser informiert zu sein. Einige Behandler äußerten den Wunsch nach einem spezifisch für Patienten mit Migrationshintergrund ausgerichteten Behandlungsmanual. Sahen die Behandler in der misslungenen Integration der Patienten mit Migrationshintergrund in die Gesellschaft die Hauptursache für die psychischen Belastungen ihrer Klientel, wurden umfassende gesellschaftspolitische Veränderungen hin zu mehr Gleichberechtigung benachteiligter Gruppen (z.B. angemessene berufliche Perspektiven, Deutschunterricht) gefordert. Für ihre Arbeit äußerten die Behandler den Wunsch, nach größerer gesellschaftlicher Anerkennung für die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund.

4.3 Publikation 3 : Steinhäuser et al_ „Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung.“

In der 3. Publikation wird der Frage nachgegangen, inwiefern ein Zusammenhang zwischen den von Behandlern wahrgenommenen Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patienten

mit Migrationshintergrund und ihrem professionellen Selbstverständnis besteht. 30 problemzentrierte Interviews mit Fachkräften aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsberufen¹⁸ wurden mithilfe der Methode der Grounded Theory ausgewertet. Die Auswertung ergab drei Kategorien von Schwierigkeiten, die Behandler in der transkulturellen Behandlung wahrnehmen: *Schwierigkeiten, die mit Diskriminierungserfahrungen der Patienten mit Migrationshintergrund zusammenhängen* (z.B. die eigene Unsicherheit der Behandler, sich unbeabsichtigt rassistisch zu verhalten), *Schwierigkeiten aufgrund der Erwartungen und Werte von Patienten mit Migrationshintergrund* (z.B. als anders erlebte Erwartungen hinsichtlich der professionellen Beziehung zwischen Patient und Behandler) und *Schwierigkeiten aufgrund begrenzter zeitlicher und finanzieller Ressourcen* (dem bei der transkulturellen Behandlung als erhöht eingestuften Bedarf an zeitlichen und finanziellen Ressourcen (z.B. durch sprachliche Schwierigkeiten) stehen hohe Erwartungen an die transkulturellen Kompetenzen der Fachkräfte gegenüber).

Die Umgangsweisen der Behandler mit diesen Schwierigkeiten ließen sich in drei Kategorien einteilen:

- *Oszillieren zwischen wissensbasierten Typisierungen und der Orientierung am Einzelfall* – darunter sind Umgangsweisen zusammengefasst, bei denen Behandler auf der Suche nach Erklärungsmodellen für beobachtete Phänomene (z.B. Symptome oder als fremd erlebte Verhaltensweisen) bei ihren Patienten sich (bestenfalls flexibel) eher auf den individuellen Einzelfall oder eher auf sogenannte wissensbasierte Typisierungen beziehen
- *Hinterfragen der eigenen Handlungspraxis* – in dieser Kategorie sind Umgangsweisen zusammengefasst, welche die Selbstreflexion fördern, um die transkulturelle Behandlung zu erleichtern oder erst zu ermöglichen und

¹⁸ Publikation 3 liegen die gleichen Interviews wie Publikation 2 zugrunde. Es handelt sich hier um eine Vertiefung der Auswertung in Publikation 2 entsprechend der Forschungsfragen.

- *Ablehnung der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund.*

In Bezug auf die Frage, inwiefern die von Behandlern beschriebenen Umgangsweisen Rückschlüsse auf ihr professionelles Selbstverständnis erlauben, zeigten sich gravierende Unterschiede in Hinblick auf den Stellenwert von vorhandenem Fachwissen sowie der Bedeutung subjektiver Selbstsicherheit in der Behandlungssituation. Diese Unterschiede lassen sich auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen darstellen, wobei dem einen Pol Behandler zugeordnet werden, die sich selbst als *lebenslang Lernende* verstehen, die es als integralen Behandlungsaspekt (auch der Behandlung von Patienten ohne Migrationshintergrund) erleben, etwas zunächst nicht zu verstehen oder als befremdlich zu erleben und für die Schwierigkeiten zum Behandlungsalltag gehörten. Dem anderen Pol werden Behandler zugeordnet, die sich als *Experten* begreifen, welche Nicht-Verstehen als Zeichen mangelnder Kompetenz einstufen. Sie vertrauen lieber auf die Wirkung von Interventionen und erleben es als verunsichernd, wenn sie mit ihrem Fachwissen unweigerlich an Grenzen stoßen. Entsprechend unterscheiden sich die bei aufkommenden Schwierigkeiten eingesetzten Umgangsweisen: Während Behandler, die sich als lebenslang Lernende begreifen, flexibel zwischen dem Fokus auf wissensbasierte Typisierungen und der Orientierung am Einzelfall wechseln können und dem Hinterfragen der eigenen Behandlungspraxis einen zentralen Stellenwert einräumen, scheinen sich Behandler, die sich als Experten verstehen, eher auf wissensbasierte Typisierungen zur Erklärung von Phänomenen zu konzentrieren und es als selbstwertbedrohlich einzustufen, die eigene Handlungspraxis zu hinterfragen. Lieber entscheiden sie sich dann dafür, die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund ganz abzulehnen.

4.4 Publikation 4 : Steinhäuser et al_ „Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz?“

Die vierte Publikation geht der Frage nach, was sich Patienten und Psychotherapeuten unter transkultureller Kompetenz vorstellen und ob sie in dieser Kompetenz eher eine Spezialkompetenz oder eine Teilkomponente allgemeiner psychotherapeutischer Kernkompetenzen sehen. Dazu wurden 12 problemzentrierte Interviews mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) ausgewertet (siehe 3 Methodisches Vorgehen und Datenbasis).

Die aus der Literaturanalyse gebildeten Ansätze transkultureller Kompetenz (Kulturspezifischer Ansatz, Komponentenansatz und Haltungs- und Einstellungsansatz, siehe Publikation 1) spiegeln sich in den Aussagen der Befragten wider. Allerdings kann kein Befragter eindeutig einem der Ansätze zugeordnet werden. Aus Sicht von Behandlern und Patienten qualifizieren allgemeine psychotherapeutische Kernkompetenzen auch für die transkulturelle Behandlung, wobei individualisiertes Vorgehen in der Behandlung als besonders wichtig eingestuft wurde. Allerdings erfordere die transkulturelle Behandlung aus Sicht der Behandler psychotherapeutische Kernkompetenzen in verstärktem Maße; beispielsweise brauche man mehr Zeit für die Behandlung sowie mehr Sensibilität und größere Offenheit.

Einige der befragten Behandler und Patienten setzen für die transkulturelle Behandlung spezifische Kompetenzen voraus. Dazu zählten sie Sprachkompetenz, kulturspezifisches Wissen, geteilte Erfahrungen (bezogen auf Herkunft oder Migrationserfahrung) und (Selbst-)Reflexion, beispielsweise hinsichtlich der eigenen ‚kulturellen‘ Eingebundenheit, der professionellen Rolle oder des Wirkungsbereichs/Grenzen von Psychotherapie.

Es wurde deutlich, dass diejenigen Psychotherapeuten, die sich noch in Ausbildung befanden, spezifischen Kompetenzen mehr Bedeutung für eine gelingende Behandlung zuschrieben als langjährig erfahrene Psychotherapeuten.

4.5 Publikation 5 : Steinhäuser et al_ „Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben.“

Publikation 5 thematisiert die Perspektive der Patienten mit Migrationshintergrund. Es wurde danach gefragt, welche Erfahrungen Patienten mit Migrationshintergrund mit der psychosozialen Versorgung in Deutschland machen und wie sie die Versorgungsangebote bewerten. Wie schätzen sie selbst den Zugang zum psychosozialen Versorgungssystem ein? Wie erleben und bewerten sie den Behandlungsverlauf? Aufbauend aus der Kenntnis ihrer Erfahrungen wurde auch danach gefragt, welche Implikationen sich daraus für eine patientenorientierte Verbesserung der Versorgung ableiten lassen.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden 11 problemzentrierte Interviews mit Patienten mit Migrationshintergrund geführt und nach der Methode der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998) ausgewertet. Wie Patienten mit Migrationshintergrund die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erleben, scheint von der Erfahrung eines doppelten Ausgeschlossenenseins geprägt zu werden; zum einen fühlten sie sich ausgeschlossen, weil sie zur „Gruppe“ der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland gehören, zum anderen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung. Das wirkt sich negativ auf den Entschluss aus, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil die Patienten befürchteten, noch weiter in das gesellschaftliche Abseits gedrängt zu werden.

So berichten die Befragten, dass sie sich zu spät für eine Behandlung entschieden hätten. Als Gründe werden verschiedene Vorbehalte und Ängste genannt (z.B. Versagensgefühle oder die Angst, „gestört“ zu sein), aber auch fehlendes Wissen (einerseits über die Art des Problems, andererseits über Versorgungsmöglichkeiten) und das Fehlen von Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten. Vor dem Hintergrund des Eindrucks, diskriminiert zu werden, fühlten sich die Befragten beim Zugang gegenüber Nicht-Migranten

benachteiligt. Es entstehe das Gefühl, „herumgereicht zu werden“ und es sei lange unklar, ob die einmal erreichte Anlaufstelle die richtige für das Problem sei.

Zu den hilfreichen Erfahrungen *in* der Behandlung zählen die Betroffenen, wenn sie das Bemühen der Behandler spüren und sich ernst genommen fühlen (zum Beispiel durch individuelles Eingehen auf die Belange des Patienten, durch Geduld und (extra) Zeit, die Behandler für den Patienten aufbrächten, durch das Gefühl, dass der Behandler sich wirklich für den Patienten interessiere) und wenn der Behandler „menschlich“ sei. Das zeige sich beispielsweise darin, dass der Behandler zugeben könne, etwas *nicht* zu wissen. Sympathie sei viel wichtiger als das Gefühl, dass Behandler „professionell“ seien. Wichtig ist es für die Patienten auch, „Experten in eigener Sache“ bleiben zu dürfen, beispielsweise wenn es um die eigenen (kulturellen) Hintergründe geht. Es helfe, an wesentlichen Behandlungsentscheidungen beteiligt zu werden. *Problematisch* finden die Befragten technologische Vorgehensweisen vonseiten der Behandler. Das drücke sich beispielsweise in einer „technischen“ Sprache aus, aber auch darin, wenn das empathische Verstehen des Behandlers aufgesetzt wirke. Negativ bewertet wird auch, wenn aus Zeitgründen wichtige Behandlungsmaßnahmen (z.B. die Wirkweise von Medikamenten) nicht erklärt würden; das führe zu dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Weiterhin werden Verständigungsprobleme innerhalb der Behandlung als schwierig erlebt, wobei weniger reine Sprachprobleme als Ursache angegeben wurden, sondern vielmehr das Erleben von kulturell bedingten Grenzen des Verstehens. Die Befragten lehnten jeden Einbezug von Dolmetschern ab. Ein Grund sei, dass dies zu viel Zeit in Anspruch nehme und man mit derartigen „Extrawünschen“ den Behandlungsablauf nicht stören wolle. Zu schwierigen Erfahrungen im Behandlungskontext zählen Befragte verständlicherweise auch alle offenen Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihres Migrationshintergrundes, beispielsweise die Ablehnung einer Behandlung mit einer solchen Begründung. Das Thema Spezialangebote

wurde von den Befragten ebenfalls als problematisch eingestuft. Keiner der Befragten hatte ein spezialisiertes Behandlungsangebot für sich in Anspruch genommen und es wurde viel Skepsis geäußert, dass derartige Angebote zu einer weiteren Ausgrenzung führen könnten. Beim Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wünschten sich die Befragten jedoch explizit spezialisierte Angebote, beispielsweise in Form von mehrsprachigem Informationsmaterial oder vorgeschalteten Anlaufstellen, die auf verschiedenen Sprachen über die hiesigen Versorgungsmöglichkeiten aufklärten.

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit hat das übergeordnete Ziel, einen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbedingungen von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland zu leisten. Zu diesem Zweck wurden Patienten mit Migrationshintergrund zu ihren Erfahrungen mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung befragt. Auch wurden Behandler mit unterschiedlich langer Berufserfahrung dahingehend befragt, wie sie die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund erleben, welche Schwierigkeiten und Herausforderungen sie sehen (Publikationen 2, 3 und 5). Des Weiteren erfolgte anhand bereits bestehender Definitionen von transkultureller Kompetenz und den Vorstellungen von Patienten und Behandlern eine Schärfung des Begriffs „transkulturelle Kompetenz“ (Publikationen 1 und 4). Im Folgenden werden zunächst die zentralen Befunde der einzelnen Untersuchungen zusammengeführt und inhaltlich diskutiert, bevor daraus Implikationen für Verbesserungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbedingungen abgeleitet werden. Anschließend wird das methodische Vorgehen diskutiert.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass auf verschiedenen Ebenen noch immer ganz unterschiedliche Vorstellungen darüber existieren, was unter transkultureller Kompetenz zu verstehen ist. Nicht nur Patienten und Behandler haben ihre ganz eigenen Annahmen, was transkulturell kompetentes Handeln bedeutet. Auch in der Fachliteratur wird unter dem Terminus weiterhin sehr Unterschiedliches subsummiert – mit teilweise weitreichenden Konsequenzen für die Auffassung darüber, wer transkulturell kompetent handelt und wie die Kompetenz trainiert werden sollte (Publikation 1 und 4). Wenn noch immer nicht ganz klar ist, was eigentlich mit transkultureller Kompetenz gemeint ist,

verwundert es wenig, dass es nach wie vor sehr wenig Austausch darüber gibt, welche Wünsche und Erwartungen Behandler und Patienten an die transkulturelle Behandlung haben. Auch erschwert die fehlende Präzisierung zentraler Begriffe (so auch der Begriff „Mensch mit Migrationshintergrund“) sicherlich den weiterführenden Austausch zwischen verschiedenen Fachdisziplinen (Publikation 1). Gleichzeitig spiegeln die vorliegenden Ergebnisse zu den Erfahrungen von Behandlern und Patienten (Publikation 2 und 5) wider, wie groß Unsicherheiten und Unzufriedenheit mit der transkulturellen Behandlung auf allen Seiten sind. Auch liefern die Ergebnisse plausible Gründe für die nach wie vor bestehende Fehlversorgung und zeigen auf, dass es Veränderungen sowohl auf individueller Ebene als auch auf organisationaler und gesellschaftlicher Ebene bedarf, um die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern. Neben Maßnahmen, die beispielsweise die Weiterbildung von Fachkräften anvisieren (individuelle Ebene), scheinen Maßnahmen überfällig, die geeignet sind, Menschen mit Migrationshintergrund an zentralen Ressourcen gleichberechtigt zu beteiligen (z.B. Zugang zu Bildungsressourcen). Das kann nur gelingen, wenn zukünftig der Dialog zwischen Behandlern und Patienten ebenso wie zwischen Fachkräften und Politikern sowie zwischen Forschern verschiedener Fachdisziplinen stärker gefördert wird.

Die Ergebnisse der vorliegenden Publikationen haben gezeigt, dass offenbar noch immer statische Kulturvorstellungen bei Behandlern und Patienten vorherrschen. Auch in der psychologisch-psychiatrischen Fachliteratur zum Thema sind solche statischen Kulturvorstellungen weit verbreitet (Publikation 1). Zugleich konnte gezeigt werden, welchen erheblichen Einfluss das jeweils zugrunde gelegte Kulturkonzept (statisch versus dynamisch) auf die von Behandlern berichtete Unsicherheit hat: Sahen Behandler die nationale Herkunft des Patienten als zentral für die Behandlung an (und folgten damit dem statischen Kulturkonzept), fühlten sie sich insgesamt deutlich emotional distanzierter und unsicherer im

Kontakt zum Patienten (bspw. in Bezug auf die Frage, wie die therapeutische Beziehung zu gestalten sei). Statische Vorstellungen von Kultur verleiten offenbar häufiger zu Stereotypen und Vorurteilen (weil beispielsweise als fremd empfundenen Verhalten auf die nationale Herkunft des Patienten zurückgeführt wird) und verhindern damit zugleich ein individualisiertes Vorgehen in der Behandlung. Insofern stehen statische Vorstellungen von Kultur der in Publikation 3 als hilfreich identifizierten Entwicklung eines professionellen Selbstverständnisses als „Lebenslang Lernende“ im Weg. Dass ein Paradigmenwechsel von statischen Kulturvorstellungen hin zu dynamischen Auffassungen von Kultur in anderen Fachdisziplinen und in der angloamerikanischen Fachliteratur längst stattgefunden hat, die deutsche psychiatrisch-psychotherapeutische Fachöffentlichkeit damit bislang jedoch Schwierigkeiten hat, stimmt nachdenklich. Die Ergebnisse zeigten aber auch, welchen Einfluss der öffentlich-wissenschaftliche Diskurs auf das Denken und Verhalten von Behandlern und Patienten hat (Publikation 2). Vor diesem Hintergrund erscheint es umso dringlicher, dass auch Autoren von Fachartikeln oder Anbieter von Seminaren in transkultureller Kompetenz ihren Ausführungen dynamische Vorstellungen von Kultur zugrunde legen.

Aus den Befragungen der **Patienten** mit Migrationshintergrund (Publikationen 4 und 5) geht deutlich hervor, dass diese zumeist erst sehr spät eine Behandlung ihrer psychischen Beschwerden in Anspruch nehmen. Als Gründe für die späte Inanspruchnahme gaben die befragten Patienten neben eigenen Vorbehalten und Ängsten (z.B. die Sorge, stigmatisiert und/oder nicht verstanden zu werden), fehlendem Wissen über die Art des Problems und über Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland auch strukturelle Aspekte wie fehlende Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Anlaufstellen, lange Wartezeiten und mangelnde Aufklärung an. Teilweise kamen frühere Studien zu ähnlichen Ergebnissen (z.B. Bär, 2011; Machleidt et al., 2007), allerdings wurden andere Implikationen daraus abgeleitet,

beispielsweise die Schulung des Personals in transkulturellen Kompetenzen. Die in dieser Untersuchung befragten Patienten führten ihre teilweise fehlende (Allgemein-)Bildung als weitere Barriere beim Zugang zu einer angemessenen Versorgung an. Es fehle bereits in der Schule an einer angemessenen (sprachlichen) Förderung. Dazu kommt, dass Patienten mit Migrationshintergrund sich offenbar gleich in zweifacher Hinsicht ausgeschlossen fühlen: als Mensch mit Migrationshintergrund in Deutschland und als psychisch erkrankt. Die Befragten beschrieben zum Teil starke Belastungen aufgrund von im Alltag und im Behandlungssetting erfahrenen Diskriminierungen. Deutlich wurde auch, wie sehr sie sich anstrengen mussten, um das Gefühl zu haben, dazuzugehören und einen Zugang zu den genannten Ressourcen zu erhalten. Diese Anstrengungen wurden von den Befragten als eine mögliche Ursache für ihre psychischen Belastungen benannt. Dies unterstreicht einmal mehr die Notwendigkeit von präventiven Maßnahmen, welche an den (gesellschaftlichen und sozialen) *Verhältnissen* ansetzen: Es kann nicht genügen, wenn Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung nur am Gesundheitssystem selbst bzw. am einzelnen Mitarbeiter ansetzen. Die Beschäftigung mit der Verbesserung von Versorgungsbedingungen darf, das zeigen die vorliegenden Ergebnisse, nicht erst bei der eigentlichen Behandlung ansetzen, sondern bereits deutlich früher. So sehen die Befragten Politik und Gesellschaft gleichermaßen in der Verantwortung, gleichberechtigte Bedingungen in wichtigen Lebensbereichen (z.B. Zugang zu Bildung) zu schaffen und Diskriminierung zu bekämpfen, um die sich daraus ergebenden psychischen Belastungen und den Behandlungsbedarf vorzubeugen. Die genannten strukturellen Defizite, die Patienten *innerhalb* der Behandlung sehen, führen offenbar nicht nur zu einem ausgeprägten Gefühl der Resignation, sondern manchmal auch dazu, dass Bemühungen um eine Behandlung von Patienten gänzlich eingestellt werden.

Während in bisherigen Untersuchungen zumeist die Gründe für die Fehlversorgung in sprachlichen Defiziten oder kulturell unterschiedlichen Krankheitskonzepten von Patienten

und Behandlern gesehen wurden (vgl. Mösko et al., 2012), nannten die Patienten der vorliegenden Arbeit auffällig selten „kulturspezifische“ Bedürfnisse als relevante Faktoren. So wurden beispielsweise keinerlei spezifische Wünsche an die Herkunft der Behandler genannt. Auch Dolmetscher wurden von keinem der Befragten in Anspruch genommen; vielmehr standen die befragten Patienten dem Einsatz von Sprachmittlern sehr skeptisch gegenüber. Spezialangebote für eine spezifische Zielgruppe scheinen schon allein deshalb abgelehnt zu werden, weil sie die wahrgenommene Ausgrenzung eher noch zu vergrößern scheinen. Vor der Implementierung von Behandlungsangeboten, die sich speziell an Patienten mit Migrationshintergrund richten, sollte daher immer genau geprüft werden, ob sie nicht zu einer weiteren Ausgrenzung der Zielgruppe, im Sinne des eingangs bereits erwähnten „Otherings“ (Jensen, 2011), beitragen würden.

Statt „kulturspezifischen“ Wünschen nannten die befragten Patienten vor allem ein individuelles Eingehen der Behandler auf ihre Bedürfnisse. Dazu gehöre, dass der Behandler sich für ihre Belange Zeit nehme, sich für sie persönlich engagiere und das Miteinander weniger vom professionellen Verhalten der Behandler als vielmehr vom authentischen Kontakt geprägt sei. Es gehe nicht darum, dass Behandler über ein irgendwie geartetes Spezialwissen über das Herkunftsland des Patienten verfügten. Fragen gestellt zu bekommen, sei wichtiger als Erklärungen zu erhalten. Offensichtlich war aus Sicht der befragten Patienten Unverständnis nicht Resultat von sprachlichen oder kulturellen Unterschieden, sondern die Folge von Missverständnissen aufgrund unterschiedlicher Erwartungen an die Behandlung. Patienten spürten offenbar Zeitdruck und die Überlastung beim Personal und sorgten sich, mit ihren Erwartungen die Situation für die Behandler noch weiter zu verschärfen. Das als „technisch“ beschriebene Vorgehen der Behandler führte auf Patientenseite dazu, dass sie sich nicht trauten, Fragen und Unverständnis offen auszudrücken. Dies erscheint umso problematischer, als Zweifeln an der Behandlung und Misstrauen gegenüber dem Personal auf

diese Weise nicht begegnet werden konnte. Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, wie zentral ein individualisiertes Vorgehen in der Behandlung ist. Dafür sollte zuvor ein Austausch zwischen Behandlern und Patienten stattfinden: Es braucht eine der eigentlichen Behandlung vorgeschaltete Aufklärung über Behandlungsabläufe, über Ziele und Grenzen der Behandlung und eine gegenseitige Erwartungskklärung. Dies kann auch helfen, den beschriebenen Sorgen vor Diskriminierung vorzubeugen.

Die Frage, ob transkulturelle Kompetenz eine spezifische Kompetenz oder eine allgemeine Kernkompetenz von Fachkräften darstellt, wurde von den befragten Patienten und Behandlern dahingehend beantwortet, dass es für die transkulturelle Behandlung aus ihrer Sicht „mehr vom Gleichen“ bedürfe. Damit ist gemeint, dass für die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund aus ihrer Sicht die gleichen psychotherapeutischen Kernkompetenzen erforderlich sind, wie für die Behandlung von Patienten ohne Migrationshintergrund. Allerdings brauche es deutlich mehr zeitliche (und finanzielle) Ressourcen, beispielsweise mehr Zeit für den Aufbau der therapeutischen Beziehung. Das Ergebnis spricht dafür, dass Fachkräfte nicht notwendigerweise über völlig neuartige Werkzeuge und Kompetenzen verfügen müssen, um Patienten mit Migrationshintergrund adäquat behandeln zu können. Viel dringender scheint es, dass innerhalb von Organisationen (z.B. Beratungsstelle, psychiatrische Station) entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um dem zusätzlichen Behandlungsbedarf gerecht werden zu können.

Die zuvor beschriebenen Ergebnisse passen nicht nur zu den Ergebnissen der Psychotherapieforschung, die zeigen konnten, dass Patienten sich einen persönlichen Kontakt zum Behandler wünschen und sich empathisch verstanden fühlen wollen (vgl. Bachelor, 2013; Llewelyn, 1988; Timulak, 2007). Sie passen auch zu den Sorgen und Wünschen der in der vorliegenden Arbeit befragten **Behandler** (Publikation 2, 3 und 4), wie im Folgenden deutlich wird.

In Publikation 2 konnte gezeigt werden, welche bisweilen gravierenden Unsicherheiten Behandler in der transkulturellen Behandlung erleben und, dass sie einen erheblichen Unterstützungsbedarf haben, um sich die Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund überhaupt zuzutrauen. Dabei scheinen die Sorgen der Behandler (beispielsweise sich unbemerkt rassistisch zu verhalten) zu den Diskriminierungserfahrungen der Patienten passen. Deutlich wird hier, wie zentral gerade beim Thema Migration/Transkulturalität die Einbeziehung des kontextuellen Rahmens, der sich um die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung spannt, Einfluss nimmt und mitgedacht werden muss, wenn es um geeignete Interventionen und nützliche Verbesserungsmaßnahmen gehen soll. Dazu gehört neben der aktuellen gesellschaftspolitischen Situation und den privaten Verhältnissen, in denen Menschen mit Migrationshintergrund hier in Deutschland leben, auch die nationalsozialistische Vergangenheit Deutschlands, zu der sich auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssetting immer wieder neu positioniert werden muss (vgl. auch Schwarz, 2018). Ohne dass die Lebenswelt der Patienten mitgedacht wird, scheint ein individualisiertes Vorgehen in der Behandlung unmöglich. Hier könnte das kontextuelle Modell der Psychotherapie (Wampold & Imel, 2018) helfen, den Blick um kontextbezogene Faktoren zu erweitern. Dazu passt auch der Befund, dass sich Behandler von Informationen über Anlaufstellen und Aufklärung über aktuelle migrationspolitische Gesetzgebungen eine Reduktion ihrer Unsicherheiten und Überforderung durch die aus ihrer Sicht häufig sozial verursachten Probleme ihrer Patienten mit Migrationshintergrund versprechen. Auch die befragten Patienten wünschten sich beim Zugang zum Versorgungssystem explizit mehrsprachige Aufklärungs- und Informationsmaterialien.

Es ist darüber hinaus ein bemerkenswertes Ergebnis, dass sich Behandler und Patienten darin einig zu sein scheinen, die Ursachen für die Fehlversorgung auch mit gesellschaftspolitischen Versäumnissen in Verbindung zu bringen. Beispielsweise führten sie das teilweise

beobachtete mangelnde Bildungsniveau ihrer Patienten als Ursache für die Fehlversorgung an. Die Politik habe versäumt, beim Zugang zu Bildungsressourcen gleichberechtigte Bedingungen für Patienten mit und ohne Migrationshintergrund zu schaffen.

Hinzu kommt, dass sich die Behandler nach eigenen Aussagen dafür verantwortlich fühlten, neben der Behandlung der psychischen Belastungen ihrer Patienten auch die strukturellen Defizite zu beheben. In der Folge beschrieben sie sich als hilflos und überfordert in Bezug auf die an sie gerichteten Erwartungen. Weiterhin nannten sie neben Frustration und Aggression auf Politik und Gesellschaft und auf die Patienten, auch Scham aufgrund der eigenen erlebten Insuffizienz und den Verlust des Interesses, diese Klientel zu behandeln. Nicht selten berichteten Behandler, sie hätten die beschriebenen Gefühle als derart herausfordernd erlebt, dass sie Patienten mit Migrationshintergrund für eine Behandlung abgelehnt hätten. Die Ergebnisse der Publikationen 2 und 3 zeigen auf, dass aufseiten der Behandler ein erheblicher Unterstützungsbedarf besteht, sich die Arbeit mit Patienten im transkulturellen Kontext überhaupt zuzutrauen.

Die Frage nach Unterstützungsmöglichkeiten für Behandler wirft Fragen nach einer angemessenen **Aus- und Weiterbildung** von psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachpersonal auf. Aus den Publikationen 1 bis 4 lassen sich Implikationen für hilfreiche Lernformate ebenso wie für Lehrinhalte ableiten. In den Publikationen 2 und 3 konnte gezeigt werden, dass die ausschließliche Vermittlung sogenannter „kulturspezifischer“ Inhalte nicht nur wenig zielführend ist, wenn Behandler bei einem individualisierten Vorgehen unterstützt werden sollen. Vielmehr könnte der Fokus auf ausschließlich „kulturspezifischem“ Wissen ungewollt zu wissensbasierten Typisierungen verleiten und den Blick auf den individuellen Einzelfall erschweren, wenn nicht sogar verhindern (Publikation 3). Es konnte gezeigt werden, dass gerade Behandler mit einem professionellen Selbstverständnis als Experten (Publikation 3) vom Erwerb von Fähigkeiten profitieren, die sich nicht nur für das

transkulturelle Behandlungssetting als bedeutsam erwiesen haben. Dazu gehört beispielsweise ein flexibler Umgang mit komplexen Situationen und „Nicht-Wissen“ beziehungsweise „Nicht-Verstehen“ ebenso wie eine andere Haltung zu eigenen Unsicherheiten in der Behandlung (entsprechend dem professionellen Selbstkonzept als „lebenslang Lernender“, Publikation 3). Die Überwindung statischer Kulturvorstellungen stellt auch hier eine notwendige Voraussetzung zur Entwicklung eines solchen professionellen Selbstkonzepts dar. Die Ergebnisse implizieren zudem, dass die Aus- und Weiterbildung all jene Informationen enthalten sollte, die Behandlern helfen können, sich einen Überblick über Anlaufstellen, Informationsmaterialien sowie das Beratungs- und Hilfsnetzwerk speziell für diese Klientel zu verschaffen. Ebenso sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, sich kontinuierlich und möglichst effizient über aktuelle Gesetzeslagen informieren zu können. Auch hier könnte es hilfreich sein, wenn die Aus- und Weiterbildung bereits Möglichkeiten der eigenen Vernetzung mit anderen, ebenfalls im transkulturellen Behandlungskontext arbeitenden Kollegen, aufzeigt und zum gemeinsamen Austausch ermutigt. Es konnte auch gezeigt werden, wie wichtig die Auseinandersetzung und Reflexion eigener Vorannahmen und Stereotype ist. Dabei kann es nicht darum gehen, sich innerhalb eines „Trainings“ der eigenen Vorurteile bewusst zu werden und diese dann vermeintlich abzulegen. Vielmehr bedarf es einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit eigenen Fremdheitserfahrungen und Unsicherheiten und sich daraus ergebenden Vorannahmen (Publikation 2 und 3).

Wie können nun **Lernformate** gestaltet sein, sodass sie zu den diskutierten Inhalten passen? Zum einen bedarf es einer längerfristigen und kontinuierlichen Begleitung von Behandlern, um sich mit eigenen Vorurteilen und schambesetzten Unsicherheiten auseinandersetzen zu können. Supervisions-, Intervisions- oder Selbsterfahrungssettings könnten eine solche geschützte und kontinuierliche Begleitung ermöglichen (vgl. auch Kannan & Levitt, 2017). Zum anderen scheint es dringend erforderlich, dass Aus- und Weiterbildung auch solche

Formate anbieten, die einen Austausch nicht nur unter Kollegen (auch anderer Fachdisziplinen), sondern auch zwischen Behandlern und Patienten stimulieren können.

Unter dem Stichwort „Erfahrung ermöglicht Kompetenzentwicklung“ in Publikation 3 wurde aufgezeigt, wie bedeutsam die unmittelbare Behandlungserfahrung für die Überwindung von Vorbehalten und Unsicherheiten ist. Durch die direkte Behandlungserfahrung setzten Behandler zunehmend mehr auf ein individualisiertes Vorgehen in der Behandlung und glaubten weniger, Sicherheit durch den Erwerb von „kulturspezifischem“ Wissen zu gewinnen. Auch trauten sie sich die Behandlung zunehmend mehr zu. Dies verweist einmal mehr darauf, wie notwendig praxisbezogene Lernformate im Kontext von Transkulturalität sind. Ausschließlich theoretisch fundierte Seminare und Workshops können den in dieser Arbeit aufgezeigten Bedarf nicht decken. In jedem Fall gilt es die zeitlichen und finanziellen Begrenzungen der Behandler sowie ihren Wunsch nach Freiwilligkeit in der Weiterbildung zu berücksichtigen. Lernformate müssen also so gestaltet und implementiert werden, dass sie nicht zu weiterer Überforderung beitragen (Publikation 2 und 3). Darüber hinaus zeigen die Befunde, die in der ersten Publikation dargestellt werden, sollten Weiterbildungsangebote in transkulturellen Kompetenzen dahingehend geprüft werden, inwiefern sie ausschließlich „kulturspezifische“ Inhalte vermitteln und welchem der drei Ansätze transkultureller Kompetenz ein Angebot zuzuordnen ist.

Die Auseinandersetzung mit den individuellen Unterstützungsbedarfen von Behandlern sollte schließlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die Qualität der transkulturellen Behandlung auch maßgeblich dadurch verbessern lassen dürfte, dass die von Patienten und Behandlern aufgezeigten strukturellen und organisationalen Defizite (z.B. beim Zugang zu Bildungsressourcen) behoben werden.

5.2 Diskussion des methodischen Vorgehens

Für die dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragestellungen wurden zwei qualitative Verfahren (Grounded Theory, Glaser & Strauss, 1998; inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, Mayring, 2010) gewählt. Die Kombination mehrerer Forschungsmethoden wird teilweise auch als Methodentriangulation bezeichnet (Flick, 2008). Außerdem wurden im Sinne der Datentriangulation Daten aus verschiedenen Quellen (Definitionen transkultureller Kompetenz in der bestehenden Forschungsliteratur und Befragungen von Personen in unterschiedlichen Positionen (Behandler, Patienten und Behandler in der Ausbildung) verwendet (Flick, 2008). Triangulation gilt in der qualitativen Forschung als zentrales Gütekriterium (vgl. Flick, 2008), wobei das Ziel nicht im Finden einer „objektiven Wahrheit“ gesehen wird, sondern im schrittweisen Erweitern der Erkenntnisse, um der Analyse Tiefe zu verleihen und ein umfassenderes Bild des Untersuchungsgegenstandes zu gewinnen. Das Vorgehen hat sich in dieser Arbeit als sehr sinnvoll erwiesen, da auf diese Weise bislang weniger berücksichtigte Aspekte, wie die Perspektive der einzelnen Interakteure untersucht werden konnten und mit den in der Forschungsliteratur bestehenden Annahmen zum Konzept transkultureller Kompetenz verglichen werden konnten. Der Umfang des Datenmaterials sowohl für die Literaturanalyse (Publikation 1), als auch für die Befragungen der Interviewpartner (Publikationen 2-5) ist als ausgesprochen umfangreich zu bezeichnen.

Als eine besondere Herausforderung dieser Arbeit wurde bereits unter 3.5.3 auf das Paradox aufmerksam gemacht, dass in dieser Arbeit Begriffe verwendet werden (z.B. Mensch mit Migrationshintergrund), die zugleich dekonstruiert werden. Einerseits wurde versucht, dieser Arbeit eine dynamische Kulturbegriffsdefinition zugrunde zu legen, andererseits wurde in den Interviews ganz direkt beispielsweise nach den Erfahrungen von Behandlern mit *Patienten mit Migrationshintergrund* gefragt und damit eine nationale Verortung des Kulturbegriffs

vorgenommen und vorausgesetzt, es handle sich bei dieser Klientel um eine homogene Gruppe. Möglicherweise veranlasste dies die Befragten erst, Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund besonders hervorzuheben. Dieses Paradox konnte letztlich nicht aufgelöst werden, wenngleich die unter 3.5.3 beschriebenen Umgangsweisen (z.B. allgemeine Einstiegsfrage zu Beginn der Interviews) als hilfreiche Versuche eingestuft werden können, unerwünschte Nebeneffekte zu verhindern. Es bleibt die Frage offen, wie sehr die Befragten durch die Verwendung dieser Konzepte beeinflusst wurden und was die Befragten von sich aus zum Thema gemacht hätten.

Bei der Auswahl der Interviewpartner ist zunächst positiv zu bewerten, dass sowohl Behandler als auch Patienten befragt werden konnten, wenngleich diese nicht *miteinander* in Kontakt gebracht werden konnten. Zudem wurde bei der Auswahl der Interviewpartner auf größtmögliche Vielfalt geachtet: Die Gruppe der Behandler ist sehr heterogen zusammengesetzt (hinsichtlich Profession, psychotherapeutisches Verfahren, Länge der Berufserfahrung, Erfahrung mit Patienten mit Migrationshintergrund). Auch die Gruppe der Patienten zeichnete sich durch größtmögliche Vielfalt hinsichtlich Herkunftsland, Sprachniveau, Art der psychischen Belastung und Länge der bisherigen Behandlungsdauer aus. Diese Vielfalt ermöglichte im Sinne der Kontrastierung der Merkmale nach der Grounded Theory ein sehr breites Spektrum an Informationen. Nachteilig ist zu bewerten, dass alle Interviewpartner zum Zeitpunkt der Befragung in Berlin lebten. Berlin ist als Großstadt von einer spezifischen Bevölkerungszusammensetzung geprägt (größerer Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund), was die Wahrnehmung der Befragten zweifelsohne beeinflusst haben wird. Insofern wäre es wünschenswert, wenn in zukünftigen Untersuchungen der Befragungsradius erweitert werden könnte. Weiterhin wurden in der vorliegenden Arbeit nur diejenigen Patienten befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits im Versorgungssystem angekommen waren. Es bleibt offen, was diejenigen

Betroffenen, die nicht im Versorgungssystem angekommen sind, daran gehindert hat, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Auch konnten nur Patienten, die zu einer freiwilligen Teilnahme an der Befragung bereit waren und deren Ausmaß der psychischen Belastung eine Befragung überhaupt zuließ, befragt werden. Diese Einschränkungen der Stichprobe wirken sich auf den Geltungsbereich der Ergebnisse aus.

Für die vorliegenden Fragestellungen wurde ein Untersuchungsdesign im Querschnitt gewählt. Wie Patienten ihre Behandlung erleben und wie sie die Behandlungsverläufe einschätzen, mag auch von der Art und Schwere der psychischen Belastung sowie von der Dauer der Behandlung beeinflusst werden. Um diesen Prozess abzubilden wäre grundsätzlich auch ein Forschungsdesign im Längsschnitt angemessen. Aus forschungspraktischen Gründen war es in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht möglich, Patienten über einen Behandlungsverlauf von möglicherweise mehreren Jahren zu begleiten, um auf diese Weise die unterschiedlichen Erfahrungen zu dokumentieren. Dieser Einschränkung wurde versucht, durch Fallkontrastierungen beim Sampling (siehe oben) sowie während der Auswertung beizukommen.

Weiterhin konnten nur Patienten, die der deutschen Sprache zumindest in Grundzügen mächtig waren, befragt werden, wenngleich versucht wurde, unterschiedliche Sprachniveaus bei der Auswahl der Interviewpartner zu berücksichtigen. Für Dolmetscher, wenngleich wünschenswert, fehlten die finanziellen Ressourcen. Möglicherweise könnten Sprachbarrieren zu einem Informationsverlust geführt haben. Gleichwohl ermöglichte die Wahl des Auswertungsverfahrens auch den Einbezug nonverbaler Informationen (z.B. Interaktionsverhalten), die in den die Interviews begleitenden Postskripten festgehalten wurden (Anhang D). Die in der Grounded Theory vorgeschlagene Pendelbewegung zwischen Datenerhebung und -auswertung konnte in der vorliegenden weitgehend Arbeit umgesetzt werden und ermöglichten im Sinne des theoretischen Samplings die Auswahl von Fällen,

aufbauend auf den bisherigen Erkenntnissen unter Berücksichtigung von Vergleichen und Kontrasten. Jegliches Vorwissen, beispielsweise über die Bedeutsamkeit einzelner Merkmalen der Stichprobe, z.B. Länge der Berufserfahrung sowie Vorinterpretationen hielt die Forscherin im Forschungstagebuch fest (siehe 3.4.1 sowie 3.5.2). Zusätzlich wurden die Fallauswahl und einzelne Auswertungsschritte eingehend in der Forschungswerkstatt diskutiert. Insgesamt ist aufgrund der gelungenen Umsetzung des theoretischen Samplings (die in der qualitativen Forschung als Generalisierungstechnik/Methode zur Herstellung externer Validität der Untersuchung diskutiert wird) und dem großen Umfang der Stichprobe von einer zumindest „moderaten Generalisierbarkeit“ der Untersuchungsergebnisse auszugehen (Williams, 2002, S.131).

Das verwendete Interviewformat (problemzentriertes Interview nach Witzel, 1985) eignet sich als Datenerhebungsmethode im Rahmen der Grounded Theory Methodologie (Witzel, 2000). Der vorab erstellte Leitfaden unterstützte bei der Setzung von thematischen Schwerpunkten, ließ aber zugleich viel Offenheit für die eigenen Themen der Befragten. Dies spiegelte sich in der Varianz der Inhalte der einzelnen Interviews wider. Die Befragten kamen im Verlauf der Interviews fast ausnahmslos sichtlich ins Nachdenken (was an Gesprächspausen und wiedergegebenen Reflexionen abgelesen wurde), erzählten von persönlichen Erlebnissen und brachten kontroverse Themen ein. Die Formulierung der Fragen kann demnach als gelungen eingestuft werden. Es ergaben sich kaum Verständnisfragen oder Missverständnisse. Die Leitfadenstruktur half den Interviewern, immer wieder zum Untersuchungsgegenstand zurück zu finden. Besonders die offenen Fragen (Können Sie mir von Ihren Erfahrungen mit der Behandlung X erzählen?) erwiesen sich als hilfreich, wohingegen die konkreten Fragen (Was stellen Sie sich unter transkultureller Kompetenz vor?) eher zu allgemeinen und weniger differenzierten Antworten führten.

Die Interviews wurden von vier verschiedenen Interviewern durchgeführt, die zuvor an einer Schulung teilgenommen hatten. Auch die Auswertung der Daten erfolgte im Austausch mit mehreren Personen. Von Vorteil war, dass das vorhandene Datenmaterial beständig von mehreren Personen bearbeitet, Unsicherheiten diskutiert und Zwischenergebnisse abgeglichen werden konnten. Auch durch die Teilnahme an gemeinsamen Forschungswerkstätten wurde versucht, den Einfluss der auswertenden Personen zu beschränken. Dennoch ist nicht abschließend zu klären, inwieweit die Ergebnisse durch die verschiedenen Auswerter möglicherweise verzerrt wurden. Von Nachteil war außerdem, dass der Informationsfluss zwischen den verschiedenen an der Auswertung beteiligten Personen mitunter etwas schwerfällig verlief, was den Forschungsprozess verzögerte.

Angesichts der Erhebungszeitpunkte der Daten für die Literaturrecherche sowie für die Interviews in den Jahren 2012 bis 2015 könnte angenommen werden, dass die Ergebnisse in der Zwischenzeit an Aktualität eingebüßt haben. Allerdings wurde durch die sich anschließende Zeit der Auswertung der Daten regelmäßig bis zum Verfassen der vorliegenden Arbeit die Literatur überprüft und aktualisiert. Es zeigte sich, dass die bei der Auswahl der Literatur als relevant eingestuften Definitionen transkultureller Kompetenz auch in der aktuellen Literatur weiterhin vielfach zitiert werden (z.B. Rößner-Ruff, Friedrich, Hoins, Krieger & Graef-Calliess, 2017; Schouler-Ocak, 2020). Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass sich an der bekannten Fehlversorgung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich für Patienten mit Migrationshintergrund nichts geändert habe (Schouler-Ocak, 2020). Dies spricht dafür, dass die gewonnenen Interviewdaten als weiterhin aktuell eingestuft werden können. Scheinbar hat sich auch an der beim Erhebungszeitpunkt auffälligen Häufigkeit, mit der in psychologisch-psychiatrischen Fachzeitschriften statische Kulturbegriffsdefinitionen verwendet wurden, bis dato nichts geändert. Tatsächlich scheint sich die Dringlichkeit und Relevanz des Themas im Zuge der sogenannten Flüchtlingskrise

von 2015 eher noch verschärft zu haben. Dieser Eindruck bestätigt sich der Verfasserin in ihrer praktisch klinischen Tätigkeit in einem Bezirk Berlins mit wachsendem Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund. Es zeigt sich, dass sich an den strukturellen Bedingungen (z.B. Finanzierung von Dolmetschern) seit dem Zeitpunkt der Datenerhebung im Wesentlichen nichts verändert hat. Allerdings kann durch die Zunahme an geflüchteten Menschen in den letzten Jahren von einem Zuwachs an behandlungsbedürftigen Patienten ausgegangen werden (Erim & Brähler, 2016, Schouler-Ocak, 2020).

6. Grenzen der Untersuchung und Ausblick

Aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Arbeit ist trotz der unter 6.2. diskutierten Technik des theoretischen Samplings nur von einer „moderaten Generalisierbarkeit“ der Forschungsergebnisse auszugehen (Williams, 2002, S. 131). Um hinreichend Aussagen darüber machen zu können, inwiefern die in dieser Arbeit sichtbar gewordenen Erfahrungen der befragten Behandler und Patienten verallgemeinerbar sind, bedarf es weiterführender (quantitativer) Untersuchungen. Gleichwohl wirft die vorliegende Arbeit zentrale Bereiche auf, nach denen in zukünftigen Untersuchungen gefragt werden sollte (beispielsweise ist bislang der in der vorliegenden Untersuchung aufgezeigte Zusammenhang zwischen der von Behandlern erlebten Überforderung in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund mit dem professionellen Selbstkonzept und der daraus resultierenden Bereitschaft, die Klientel zu behandeln, nicht untersucht worden).

In der vorliegenden Arbeit konnte zwar aufgezeigt werden, dass es nach wie vor keine einheitliche Definition von transkultureller Kompetenz für die psychosoziale Versorgung gibt, einen konkreten Vorschlag für eine Definition konnte auch hier nicht gegeben werden. Die Arbeit bietet jedoch eine Übersicht über vorhandene Konzeptionen transkultureller Kompetenz und zeigt Kriterien auf, die dabei helfen können, Vorschläge für die Umsetzung von transkultureller Kompetenz in der psychosozialen Praxis bewerten zu können.

Weiterhin konnte in der Arbeit aufgezeigt werden, wie groß der Bedarf an Austausch zwischen den verschiedenen (Forschung- Praxis, Politik-Praxis, usw.) Ebenen ist. In zukünftigen Forschungsvorhaben könnte die Möglichkeit zum direkten Austausch zwischen Behandlern und Patienten mit Migrationshintergrund, beispielsweise in Fokusgruppen, weiterführende Erkenntnisse über die Perspektive der Interakteure liefern. Längst ist jedenfalls überfällig, dass die Perspektive von Patienten auch bei der Entwicklung und Implementierung von für sie entwickelten Angeboten einbezogen werden.

Die Arbeit zeigte auch den Nutzen präventiver Maßnahmen (z.B. Zugang zum Bildungssektor) für eine adäquate Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund auf. Dabei wurde deutlich, dass es nicht genügen kann, die Verbesserung der Versorgungsbedingungen ausschließlich über eine Qualifizierung von Fachpersonal in transkulturellen Kompetenzen anzustreben. Vielmehr braucht es gesellschaftspolitische Entscheidungen, die die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland vorantreiben.

Gleichwohl ist eine Anpassung der Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern in Gesundheitsberufen überfällig, wie aus den Berichten der Behandlern hervorging. Die Gelegenheit für eine neue Weichenstellung scheint im Zuge der aktuellen Entwicklungen zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten zudem mehr als günstig. Die vorliegende Arbeit kann und möchte kein fertiges Konzept zur Förderung transkultureller Kompetenzen abgeben. Allerdings konnte gezeigt werden, dass eine längerfristige und kontinuierliche Begleitung von Auszubildenden (wie z.B. im Rahmen von Supervision) angebracht scheint. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Reflexionsprozessen für die Entwicklung transkultureller Kompetenz. Der Förderung eines professionellen Selbstverständnisses als lebenslang Lernende, die dabei angeleitet werden, einen Umgang mit Nicht-Wissen und Nicht-Verstehen zu finden und sich individuell auf ihr Gegenüber einstellen können, ist gegenüber dem Erwerb von „kulturspezifischem Spezialwissen“ allem Anschein nach der Vorzug zu geben.

7. Literaturverzeichnis

- Ahmad, S. & Reid, D. (2009). *Cultivating cultural competence: Understanding and integrating cultural diversity in psychotherapy*. Retrieved from http://www.southasianfamilies.com/uploads/1/0/8/5/10857406/cultural_competence_in_psychotherapy_apa_paper_march_2009.pdf [24.07.2020].
- Assion, H.J. (2005). *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg: Springer.
- Assmann, A. (2011). *Einführung in die Kulturwissenschaft. Grundbegriffe, Themen, Fragestellungen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Auernheimer, G. (2010). Einleitung. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 7-11). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy, 28*(4), 534-549.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 118-135.
- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 5-10.
- Bala, J. & Kramer, S. (2010). Intercultural Dimensions in the Treatment of Traumatized Refugee Families. *Traumatology, 16*(4), 153-159.
- Baron, J., Steinhäuser, T., Barth, H. & Auckenthaler, A. (2014). Überall 'Nein'. Ein Alptraum. Erfahrungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden mit der psychosozialen Versorgung in Deutschland. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 46*, 701-718.
- Bertelsmann Stiftung (2006), *Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts? Thesenpapier der Bertelsmann Stiftung auf Basis der Interkulturellen-Kompetenz-Modelle von Dr. Darla K. Deardorff*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Boeckh, J. (2018) Migration und soziale Ausgrenzung. In E.U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (S. 539-571). Wiesbaden: Springer VS.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy* (pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change. 6. ed.* (pp. 219-257). New York: John Wiley.

- Bowker, P., & Richards, B. (2004). Speaking the same language? A qualitative study of therapists' experiences of working in English with proficient bilingual clients. *Psychodynamic Practice, 10*, 459-478.
- Borde, T. & David, M. (2011). Ethnizität und Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 468-474). München: Urban & Fischer.
- Breuer, F. (1996). *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Breuer, F. (2010). Reflexive grounded theory. *Eine Einführung für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brucks, U. & Wahl, W. (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 15-35). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008). Positionspapier (Entwurf). Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Verfügbar unter <https://docplayer.org/81270503-Positionspapier-entwurf.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016). Diversity und Diversity-Management/ Vielfalt gestalten. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i127-1.0>
- Cabral, R. R. & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 58*(4), S. 537-554.
- Calliess, I. T. (2006). Fort- und Weiterbildung in Transkultureller Psychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage zum Weiterbildungsbedarf. In W. Machleidt, R. Salman & I. T. Calliess (Hrsg.), *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 127-140). Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Calliess, I. T. & Hein, J. (2011). Interkulturelle Kompetenz in der Lehre für Medizinstudenten und in der Facharztausbildung von Psychiatern in Deutschland. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 563-568). München: Urban & Fischer.
- Calliess, I.T., Ziegenbein, M., Gosman, L., Schmauß, M., Berger, M. & Machleidt, W. (2008). Interkulturelle Kompetenz in der Facharztausbildung von Psychiatern in Deutschland: Ergebnisse einer Umfrage. *Zeitschrift für medizinische Ausbildung, 25*, 1-12.
- Castro-Varela, M. (2002). Interkulturelle Kompetenz – ein Diskurs in der Krise. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 35-48.). Opladen: Leske+Budrich.

- Castro-Varela, M. (2008). Macht und Gewalt: (K)ein Thema im Diskurs um interkulturelle Kompetenz. In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen* (S. 97-114). Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Chu, J., Leino, A., Pflum, S. & Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 18-29.
- Coleman, H. L. (1998). General and multicultural counseling competency: Apples and oranges? *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26(3), 147-156.
- Davis, D.E., DeBlaere, C., Owen, J., Hook, J.N., Rivera, D.P., Choe, E. et al. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy*, 55(1), 89-100.
- DGPPN (2012) Positionspapier zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland. Verfügbar unter <https://bit.ly/39rB8KP>
- DGPPN (2016) Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Verfügbar unter <https://bit.ly/3eRuq21>
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007). *Der Nationale Integrationsplan*. Baden-Baden: Koelblin-Fortuna-Druck.
- Dingoyan, D., Schulz, H., Kluge, U., Penka, S., Vardar, A., von Wolff A. et al. (2017). Lifetime prevalence of mental disorders among first and second generation individuals with Turkish migration backgrounds in Germany, *Bmc Psychiatry*, 1 (177), 1-14.
- Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits-, und Sozialberufe* (S. 165-189). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dornheim, J. (2007). Kultur als Begriff und als Ideologie-historisch und aktuell. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits-, und Sozialberufe* (S. 29-48). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dreißig, V. (2015). *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Drinane, J. M., Owen, J., Adelson, J. L. & Rodolfa, E. (2016). Multicultural competencies: What are we measuring? *Psychotherapy Research*, 26(3), 342-351.
- Duncan, B. L. & Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294-301.
- Elias-Juarez, M. A. & Knudson-Martin, C. (2017). Cultural Attunement in Therapy With Mexican-Heritage Couples: A Grounded Theory Analysis of Client and Therapist Experience. *Journal of marital and family therapy*, 43(1), 100-114.
- Erim, Y. & Brähler, E. (2016). Flucht, Migration und psychische Gesundheit. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 347-348.

- Erim, Y. & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 47, 336-346.
- Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 93-112). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Fernando, S. (2010). Rassismus als institutioneller Prozess. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 69-78). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2008). *Triangulation: Eine Einführung*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Flick, U. (1995). Stationen des qualitativen Forschungsprozess. In U. Flick, E. von Kardoff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte und Anwendungen* (S. 147-173). Weinheim: Beltz.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt.
- Foronda, C., Baptiste, D. L., Reinholdt, M. M. & Ousman, K. (2016). Cultural humility: A concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217.
- Foroutan, N. (2013). Hybride Identitäten. Normalisierung, Konfliktfaktor und Ressource in postmigrantischen Gesellschaften. In H. U. Brinkmann & H. H. Uslucan (Hrsg.), *Dabeisein und Dazugehören- Integration in Deutschland* (S. 85-99). Wiesbaden: Springer VS.
- Fuentes, M. A. & Shannon, C. R. (2016). The state of multiculturalism and diversity in undergraduate psychology training. *Teaching of Psychology*, 43(3), 197-203.
- Gavranidou, A. & Abdallah-Steinkopf, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 353-361.
- Geertz, C. (1983). *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 36, 16-22.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Goodwin, B. J., Coyne, A. E. & Constantino, M. J. (2018). Extending the context-responsive psychotherapy integration framework to cultural processes in psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(1), 3-8.

- Görlach, A. (2019). „Homo Empathicus“. Das Momentum der Populisten, *Zeit Online*, 1-5. Verfügbar unter <https://www.zeit.de/politik/2019-05/homo-empathicus-buchauszug-alexander-goerlach>
- Gültekin, N. (2005). Interkulturelle Kompetenz: Kompetenter professioneller Umgang mit sozialer und kultureller Vielfalt. In R. Leiprecht & A. Kerber (Hrsg.), *Schule in der Einwanderungsgesellschaft* (S. 367-385). Schwalbach am Taunus: Wochenschau-Verlag.
- Gün, A. K. (2006). Einheimische und Inländer – Probleme bei bikulturellen psychotherapeutischen Behandlungen. In B. Strauss & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung* (S. 192–204). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gün, A. K. (2009). Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch* (S. 118-134). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hansen, N. D., Randazzo, K. V., Schwartz, A., Marshall, M., Kalis, D., Frazier, R. et al. (2006). Do we practice what we preach? An exploratory survey of multicultural psychotherapy competencies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 66-74.
- Hapkemeyer, J., Dresenkamp, A. & Soellner, R. (2008). Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 206-212.
- Hasseler, M. (2007). Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung – eine erste Annäherung. *Pflege & Gesellschaft*, 12(3), 249-262.
- Hegemann, T. (2006). Perspektiven für die Entwicklung von Standards interkultureller Fachkompetenz in der Psychiatrie. In W. Machleidt, R. Salman & I. T. Calliess (Hrsg.), *Sonneberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 37-43). Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Helfferrich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Interviews*. (3 ed.) Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Interviews*. 3. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hinz-Rommel, W. (1994). *Interkulturelle Kompetenz: ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit*. Münster: Waxmann Verlag.
- Hodgetts, A. & Wright, J. (2007). Researching Clients' Experiences: A Review of Qualitative Studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 157-163.
- Hook, J., Davis, D., Owen, J., Worthington, E. & Utsey, S. (2013). Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 353-366.
- Hopf, C. (2016). Forschungsethik und qualitative Forschung. In W. Hopf & U. Kuckartz (Hrsg.), *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung* (S. 195-205). Wiesbaden: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-11482-4_9

- Hundsatz, A. (2008). Erziehungsberatung zeigt Profil. Aktuelle Konzepte einer Institution. In H. Scheurer-Englisch, A. Hundsatz & K. Menne (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung* (Band 7, S.15-32). Weinheim/München: Beltz Juventa.
- Huster, E. U. 1995. Migration: von der absoluten zur relativen Armut?. In W. Hanesch. (Hrsg.), *Sozialpolitische Strategien gegen Armut* (S. 450-471). Opladen: Leske+Budrich.
- Janssen-Kallenberg, H., Schulz, H., Kluge, U., Strehle, J., Wittchen, H.-U., Wolfradt, U. et al. (2017). Acculturation and other risk factors of depressive disorders in individuals with Turkish migration backgrounds. *BMC Psychiatry*, 17 (264), 1-12.
- Jensen, S. Q. (2011). Othering, identity formation and agency. *Qualitative studies*, 2(2), 63-78.
- Kannan, D. & Levitt, H. M. (2017). Self-criticism in therapist training: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 27(2), 201-214. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1090036>
- Kemper, T. (2010). Migrationshintergrund – eine Frage der Definition! *Die Deutsche Schule*, 102(4), 315-326.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 49(9), 873-883.
- Kizilhan, J. I. (2011). Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. *Psychotherapeutenjournal*, 10(1), 21-27.
- Kluge, U. (2013). *Der unsichtbare Dritte. Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung* (Doctoral dissertation, Dissertation. Verfügbar unter <http://d-nb.info/1046312928/34>
- Knapp, A. (2010). Interkulturelle Kompetenz: eine sprachwissenschaftliche Perspektive. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 81-97). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. (2004). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental-health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554.
- Koch, E. (2005). Chronifizierung durch Fehlversorgung. Psychosomatische Krankheiten in der psychiatrischen und hausärztlichen Versorgung türkischer Patienten. *Soziale Psychiatrie*, 29(4), 20-23.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G. & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen- Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt*, 79, 328-339.

- Koch, E., Küchenhoff, B. & Schouler-Ocak, M. (2011). Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 489- 498). München: Urban & Fischer.
- Krell, G., Riedmüller, B., Sieben, B. & Vinz, D. (2007). *Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze*. Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kumagai, A. K. & Lypton, M. L. (2009). Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic medicine*, 84(6), 782-787.
- LaFramboise, T. D., Coleman, L. K. & Hernandez, A. (1991). Development and factor structure of the cross-cultural counseling inventory-revised. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 380-388.
- Lakes, K., López, S. R. & Garro, L. C. (2006). Cultural competence and psychotherapy: Applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 380-396.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lanfranchi, A. (2010). Interkulturelle Kompetenz als Element pädagogischer Professionalität – Schlussfolgerungen für die Lehrerbildung. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 231-260). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lay, B., Nordt, C. & Rössler, W. (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(3), 229-236.
- Lay, B. & Wulf, R. (2011). Migrationsströme in den deutschsprachigen Ländern und in Europa. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. (S. 93-105). München: Elsevier.
- Leenen, W. R., Groß, A. & Grosch, H. (2010). Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 101-123). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leiprecht, R. (2004). *Kultur – Was ist das eigentlich?* Arbeitspapiere IBKM Heft 7, Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Levitt, H. M., Pomerville, A. & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological bulletin*, 142(8), 801-830.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 58(03/04), 123-129.

- Linden, M., Langhoff, C. & Milew, D. (2007). Das Mehrebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz. *Verhaltenstherapie*, 17(1), 52-59.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14-20.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223-237.
- Machleidt, W. (2006). Die Sonnenberger Leitlinien - Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In W. Machleidt, R. Salman & I. T. Calliess (Hrsg.), *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 21-35). Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Calliess, I. T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(07), 325-331.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (2011). Dynamische Modelle der Migration. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S 33-42). München: Elsevier.
- Marschalck, P. & Wiedl, K. H. (2001). *Migration und Krankheit. IMIS-Schriften 10*. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mecheril, P. (2004). Beratung: Interkulturell. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 295-304). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Mecheril, P. (2010). „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (S. 15-34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mecheril, P. (2018). Annäherung an eine rassismuskritisch informierte Psychologie der Migrationsgesellschaft. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 50 (4), 63-76.
- Meier-Braun, K. H. (2002). *Deutschland, Einwanderungsland* (Vol. 2266). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mergenthaler, E. & Mühl, M. (1992). *Die Transkription von Gesprächen: Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Mergenthaler, E. & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125-142. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309212331332904>
- Meuser, M. & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig, W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview* (S. 71-93). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9_3

- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 614-626). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 97-109.
- Mosher, D. K., Hook, J. N., Captari, L. E., Davis, D. E., DeBlaere, C. & Owen, J. (2017). Cultural humility: A therapeutic framework for engaging diverse clients. *Practice Innovations*, 2(4), 221.
- Möske, M. O., Baschin, K., Längst, G., & von Lersner, U. (2012). Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung. *Psychotherapeut*, 57(1), 15-21.
- Möske, M. O., Gil-Martinez, F., & Schulz, H. (2012). Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(5), 434-446.
- Möske, O., Handtke, O. & Schulz, H. (2018). Interkulturelle Öffnung in der Rehabilitation – die Hamburger Perspektive, *Rehabilitation*, 57, 11-13. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118419>
- Moleiro, C., Freire, J., Pinto, N. & Roberto, S. (2018). Integrating diversity into therapy processes: The role of individual and cultural diversity competence in promoting equality of care. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18 (2), 190-198.
- Niño, A., Kissil, K. & Davey, M. P. (2016). Strategies Used by Foreign-Born Family Therapists to Connect Across Cultural Differences: A Thematic Analysis. *Journal of marital and family therapy*, 42(1), 123-138.
- Nohl, A.-M. (2008). Interkulturelle Kommunikation. Verständigung zwischen Milieus in dokumentarischer Interpretation. In G. Cappai (Hrsg.), *Forschen unter Bedingungen kultureller Fremdheit* (S. 281-305). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- OECD (2014). "Is migration really increasing?" Migration Policy Debates. Verfügbar unter <http://www.oecd.org/berlin/Is-migration-really-increasing.pdf>
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp 307-389). New York: Wiley.
- Owen, J. (2018). Introduction to special issue: Cultural processes in psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000159>
- Owen, J., Tao, K., Leach, M. M. & Rodolfa, E. (2011). Clients' perceptions of their psychotherapists' multicultural orientation. *Psychotherapy*, 48(3) <http://dx.doi.org/274-282.10.1037/a0022065>

- Owen, J., Tao, K. W., Drinane, J. M., Hook, J., Davis, D. E. & Kune, N. F. (2016). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 1-8.
- Owen, J. (2018). Introduction to special issue: Cultural processes in psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(1), 1-2.
- Penka, S., Faißt, H., Vardar, A., Borde, T., Mösko, M. O., Dingoyan, D. et al. (2015). Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung-Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 65(09/10), 353-362.
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(9), 1168-1175.
- Polat, A. (2018). Von der interkulturellen Öffnung zu Diversitätsbewusstsein. Herausforderungen in Regelangeboten der gesundheitlichen Versorgung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 50 (4), 835-860.
- Pope-Davis, D. B., Toporek, R. L., Ortega-Villalobos, L., Ligiero, D. P., Brittan-Powell, C. S., Liu et al. (2002). Client perspectives of multicultural counseling competence: a qualitative examination. *The Counseling Psychologist*, 30(3), 355-393.
- Portera, A. (2010). Personenzentrierte interkulturelle Beratung und Therapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 41(2), 83-89.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenburg Verlag.
- Rathje, S. (2006). Interkulturelle Kompetenz - Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. *Zeitschrift für interkulturellen Fremdsprachenunterricht*, 11(3), 1-17.
- Ratts, M. J., Singh, A. A., Nassar McMillan, S., Butler, S. K. & McCullough, J. R. (2016). Multicultural and social justice counseling competencies: Guidelines for the counseling profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 44(1), 28-48.
- Reichardt, J. von Lersner, U., Rief, W. & Weise, C. (2017). Wie lassen sich transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten steigern? Vorstellung eines webbasierten Trainingsprogramms. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie & Psychotherapie*, 65, 155-165.
- Rief, W. (2019). Competences of Clinical Psychologists, *Clinical Psychology in Europe*, 1(2), 84-92. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i2.35551>
- Röhnsch, G., & Flick, U. (2015). Versorgungsvorstellungen von Migranten aus der früheren Sowjetunion mit Alkohol-oder Drogenproblemen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 42(07), 370-376.

- Rößner-Ruff, V., Friedrich, K., Hoins, D., Krieger, J. & Graef-Calliess, I. T. (2017). Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem – Ein „best-practice“ Beispiel. *IZPP Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik*, 1-12.
- Rosner, R. & Gavranidou, M. (2007). Kultursensitive Psychotherapy. In B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 785-809). Göttingen: Hogrefe.
- Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H. et al. (2006). Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 49(9), 853-860.
- Schmiede, R. (2002). Deutschland als traditionelles Einwanderungsland. In Darmstädter Komitee gegen rechte Gewalt (Hrsg.), *100 Morde sind genug. Argumentieren gegen Vorurteile* (S. 7-8). Darmstadt: Darmstädter Komitee gegen rechte Gewalt. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-256306>
- Schondelmayer, A. (2010). *Interkulturelle Handlungskompetenz. Entwicklungshelfer und Auslandskorrespondenten in Afrika. Eine narrative Studie*. Bielefeld: Transcript-Verlag.
- Schouler-Ocak M. (2020) Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In P. Genkova & A. Riecken (Hrsg.), *Handbuch Migration und Erfolg* (S. 567-587). Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6_33
- Schouler-Ocak, M. & Aichberger, M. C. (2015). Versorgung von Migranten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 65(12), 476-485.
- Schouler- Ocak, M., Bretz, H.J., Hauth, I., Montesinos, A.H., Koch, E., Driessen, M. et al. (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen - ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatrische Praxis*, 37, 384-390.
- Schouler-Ocak, M. (2015). Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 86(11), 1320-1325.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15, 1-27.
- Schwarz, S. (2018). Kontextorientierte Psychotherapie am Beispiel der Arbeit mit geflüchteten Personen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 50 (4), 873-884.
- Sieben, A. & Straub, J. (2011). Migration, Kultur und Identität. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. (S. 43-53). München: Elsevier.
- Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-123). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

- Sommer, R. (2005a). Kultur. In A. Nünning (Hrsg.), *Grundbegriffe der Kulturtheorie und Kulturwissenschaften*. (S. 105-108). Stuttgart/Weimar: Metzler.
- Sommer, R. (2005b). Kulturbegriff. In A. Nünning (Hrsg.), *Grundbegriffe der Kulturtheorie und Kulturwissenschaften*. (S. 112-114). Stuttgart/Weimar: Metzler.
- Spallek, J. & Zeeb, H. (2010). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 58-68). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Spivak, G. C. (1985). The Rani of Simur. In F. Barker (Ed.), *Europe and its Others*. Cholchester: University of Sussex.
- Statistisches Bundesamt (2019). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2018*. Wiesbaden.
- Steinhäuser, T., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2016). Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *VPP*, 48(1), 23-39.
- Straub, J. (2007a). Kultur. In J. Straub, A. Weidemann & D. Weidemann (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder* (S. 7-24). Stuttgart/Weimar: Metzler.
- Straub, J. (2007b). Kompetenz. In J. Straub, A. Weidemann & D. Weidemann (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder* (S. 35-45). Stuttgart/Weimar: Metzler.
- Strauss, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory publications*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83-100.
- Sue, D., Bernier, J., Durrant, A., Feinberg, L., Pedersen, P. Smith, E. et al. (1982). Position paper: Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2), 45-52.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C. & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual review of psychology*, 60, 525-548.
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC health services research*, 15(1), 390-403.

- Tao, K. W., Owen, J., Pace, B. T., & Imel, Z. E. (2015). A meta-analysis of multicultural competencies and psychotherapy process and outcome. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 337-350.
- Thomas, A. (2005). Theoretische Grundlagen interkultureller Kommunikation und Kooperation. In A. Thomas, E.-U. Kinast & S. Schroll-Machl (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 1: Grundlagen und Praxisfelder* (S. 19-31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*(3), 305-314.
- United Nations. (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. *United Nations economic and social Affairs*. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/185928/umfrage/groesste-einwanderungslaender/>.
- Van Keuk, E., Ghaderi, C., Joksimovic, L. & David, D. (2011). *Diversity Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vasilache, A. (2012). Kultur zwischen Anerkennung und Verachtung: Theoretische Ambivalenzen des bedeutungsorientiert-konstruktivistischen Kulturbegriffs. In S. Bartmann & O. Immel (Hrsg.), *Das Vertraute und das Fremde. Differenzerfahrung und Fremdverstehen im Interkulturalitätsdiskurs* (S. 55-78). Bielefeld: Transcript-Verlag.
- VERBI GmbH (2016). *MAXQDA* (Version 12). Berlin: VERBI GmbH.
- Voigt, G. & Praez-Johnsen, H. (2001). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus – Zur Verständigung zwischen Pflegenden und MigrantenpatientInnen am Beispiel von Angehörigen. *Pflege, 6*(2), 45-50.
- von Lersner, U., Baschin, K., Wormeck, I. & Mösko, M. O. (2016). Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 66*(02), 67-73.
- Wampold, B. E. & Carlson, J. (2011). *Qualities and actions of effective therapists*. Washington: American Psychological Association. <http://www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf>.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. London: Routledge.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.

- Watson, P., Raju, P. & Soklaridis, S. (2017). Teaching Not-Knowing: Strategies for Cultural Competence in Psychotherapy Supervision. *Academic Psychiatry*, 41(1), 55-61.
- Williams, M. (2002). Generalization in interpretative research. In T. May (Ed.) *Qualitative research in action* (pp.125-143). London: Sage.
- Weatherhead, S. & Daiches, A. (2010). Muslim views on mental health and psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 75–89.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2010). Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(4), 244-250.
- Welsch, W. (1994). Transkulturalität–Die veränderte Verfassung heutiger Kulturen. Ein Diskurs mit Johann Gottfried Herder. *Europäisches Kultur-und Informationszentrum in Thüringen (Hrsg.): VIA REGIA–Blätter für internationale kulturelle Kommunikation*.
- Welsch, W. (1998). Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung *Interkulturalität - Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainzer Universitätsgespräche* (S. 45-72). Mainz: Johannes Gutenberg-Universität.
- Welsch, W. (2010). Was ist eigentlich Transkulturalität? In L. Darowska & C. Machold (Hrsg.), *Hochschule als Transkultureller Raum? Beiträge zu Kultur, Bildung und Differenz* (S. 39-66). Bielefeld: Transcript-Verlag.
- Westphal, M. (2007). Interkulturelle Kompetenzen — ein widersprüchliches Konzept als Schlüsselqualifikation. In H.-R. Müller & W. Stravoravdis (Hrsg.), *Bildung im Horizont der Wissensgesellschaft* (S. 85-111). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. & Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, 28-35.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen. Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 255-277). Heidelberg: Beltz Verlag.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [Online Journal]*, 1(1). <http://qualitative-research.net/fqs> [00-05-20].
- Wohlfahrt, E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie — Interkulturelle Psychotherapie* (S. 143-167). Heidelberg: Springer.
- World Bank. (2010). Ranking der zehn größten Einwanderungsländer. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/185928/umfrage/groesste-einwanderungslaender/>.

Yakeley, J., Johnston, J., Adshead, G. & Allison, L. (2016). *Medical psychotherapy*: Oxford University Press.

Zimmering, R. (2010). *Der Kulturbegriff in Theorie und Praxis: Schulungen zu trans- und interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen. Eine ethnologische Perspektive*, Albert-Ludwig-Universität, Freiburg.

Zimmermann, E. (2000). *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern: Huber.

Anhang

Anhang A Originalpublikationen

Publikation 1

Steinhäuser, T., Martin, L., von Lersner, U., & Auckenthaler, A. (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *PPmP- Psychotherapie Medizinische Psychologie*, 64 (09/10), 345-353. ·

<https://doi.org/10.1055/s-0034-1371805>

Publikation 2

Steinhäuser, T., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2020). *Limitations of trainings in cross-cultural competence- The practitioner perspective.* Manuscript submitted for publication.

Introduction

Counselors are confronted with an increasing number of clients with a migration background in their daily work, not only in Germany. This upward trend reflects the worldwide development of migration: In 2017 the United Nations (UN) stated that the number of international migrants reached 258 million for the world as a whole – which is an increase of almost 50 percent compared to 2000. Epidemiological studies show that the risk of mental illness is at least as high for migrants as it is for non-migrants (Machleidt & Calliess 2005), some studies found a higher risk of mental illness among migrants (Bermejo, Mayninger, Kriston & Härter, 2010). But what about practitioners' perspectives on working with migrated clients? How do they experience this work and what are resulting implications for trainings in cross-cultural competence? This article aims to shed light on these questions, which are relevant to practitioners everywhere, by analyzing the experiences of German counselors and psychotherapists who work with migrated clients as an example.

Migrants as Mental Health Care Users - The Example of Germany

In 2016 22,5 per cent of the German population could be identified as persons with a migration background¹ - the highest share in German history so far (Statistisches Bundesamt, 2017). According to current data of the annual report of the Migration Integration Policy Index (MIPEX), Germany's migrant health policy is only partly successful, with Germany ranking 22nd below average compared to other countries (MIPEX, 2015). Health care for migrants in Germany seems particularly deficient in the field of mental health care. The few studies investigating the utilization of the German mental health care system found that immigrants are still inadequately treated (Zollmann, Pimmer, Rose, & Erbstöber, 2016). So-called divergent 'cultural concepts' and health beliefs are discussed as challenges for mental health care providers as they may provoke feelings of uncertainty, expectations of communication difficulties as well as reservation and might thus lead to a refusal to treat clients with a migration background (Möske, Gil-Matinez, & Schulz, 2012).

The Development of cross-cultural psychology and psychotherapy in Germany

Even though Germany has been a destination for immigrants since many years, it was not politically recognized as "country of immigration" until 1999 (Ausländerbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium des Inneren, 1999). This fact is discussed as possible reason for the comparatively late begin of research activities in the field of mental health improvement for migrated clients and cross-cultural competencies (Rommelspacher, 2008). Cross-cultural competencies of mental health care professionals have been discussed as an essential factor in the debate about adequate treatment for migrants with mental health problems (DGPPN, 2016). But, up to now, curricula for students of psychology, medicine, nursing and social work do not generally include lectures and course work on cross-cultural competence in health care provision, as they do for example in the Anglo-American countries (Fuentes & Shannon, 2016; Kirmayer et al., 2011). Post-graduate training in the mental health care professions in Germany does not include this subject regularly either. The few existing training programs in cross-cultural competence in Germany derive from the Anglo-American countries. They are adapted to the particular local mental health care systems (Beach et al., 2005).

The Concept of Cross-Cultural Competence

In psychological or medical theory and research on cross-cultural competence, a lot of different definitions of the concept "cross-cultural competence" are used. Certain approaches have criticized the concept of cultural competence because of its separation of multiculturalism and social justice by focusing on acquiring knowledge about "other" cultures and assuming a static concept of culture (Ratts, Singh, Nassar, McMillan, Butler, & McCullough, 2016; Steinhäuser, Martin, von Lersner, & Auckenthaler, 2014). To overcome this, it was suggested to foster a critical consciousness of the self, others, and the world, and to support the awareness for concerns of social justice (Kumagi & Lyoson, 2009). The term *cultural humility* as a therapeutic framework is used frequently. Instead of focusing on skills

and knowledge about different cultures, it rather emphasizes the need for change in attitude (in lifelong learning processes), the necessity to be aware of power imbalances as well as to be humble in every interaction with everyone (Davis et al., 2018). Furthermore, considerations concerning adequate learning formats for cultural competencies led to the result that "a one-size-fits-all approach" to cultural competences is destined to fail (Adames, Fuentes, Rosa, & Chavez-Dueñas, 2013). The strong importance that cross-cultural competence is ascribed to reduce racial and ethnic disparities in mental health services is not yet reflected in robust evaluation research showing that paying attention to cultural factors really improves clinical services (Tao, Owen, & Imel, 2015).

The Perspective of Mental Health Care Professionals

There is evidence deriving from international studies that counselors and psychotherapists experience varying degrees of distance from their migrated clients. For example, they expected a certain language barrier and anxieties about communication *before* meeting the client (Bowker & Richards, 2004). Other study results show that psychotherapists tend to refuse clients with migration background due to language difficulties (42,8 per cent) or cultural issues (8,4 per cent; Mösko et al., 2012). Still, studies provide inconsistent results about what practitioners themselves consider helpful when treating migrated clients (Moleiro, Freire, Pinto, & Roberto, 2018; Owen, 2018): On the one hand, practitioners think that a specific advanced training does not seem to improve treatment. Instead, the required knowledge and sensitivity seems to be gained during contact with the client (Vallianatou, Leavey & Brown, 2007). On the other hand, studies reported that high rates of participants considered trainings in cross-cultural competence to be useful (72 per cent). Interestingly, only 9 per cent of participants stated that they had already taken part in such a training (Möske et al., 2012).

Methods

Qualitative interviews were conducted because we were particularly interested in the subjective experience of the interviewees. The different stages of the research process (data collection, transcription of the interviews, coding the material, data analysis) were based on the methodology of Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967).

Setting and Sampling

Problem-centered interviews (Witzel, 2000) were conducted with thirty clinical psychologists working in different therapy settings (psychiatric hospital, psychotherapeutic ambulance, outreach clinic). The interview guideline was developed based on the suggestions by Helfferich (2011). Four open core questions were formulated to stimulate longer narrative episodes (e.g. *Could you tell me something about the context of your work?*).

To gain a possibly wide range of heterogeneous cases and consequently as much relevant information as possible, we followed the principle of "minimum and maximum contrast" (Strauss, 1987): individual cases were compared to one another with respect to their substantive characteristics and features. Participants differed concerning sex, age, psychotherapeutic orientation and years of work experience.

The individual interview duration ranged between 60 and 120 minutes. The ethical principles of informed consent, confidentiality and avoiding harm were followed rigorously. All personal data as well as any identifying information about the institution were anonymized during the transcription process. In this paper, all quotations taken directly from the interviews are italicized.

Data Analysis

The analyzing process was based on the coding procedures of Grounded Theory Methodology, including three steps that are recursive: open coding, axial coding and selective coding (Strauss & Corbin, 1998). *(1) Open coding.* Segments of data were categorized with a short name that at the same time summarized and accounted for each piece of data (Charmaz,

2014). So-called in vivo codes were mainly created. In vivo codes are theoretically rich remarks of interviewees. While sticking closely to concrete utterances, they are still able to explicate the subjective theories manifested in the underlying data (without merely reproducing existing academic theories). The categories that turned out to be the most fitting were chosen to sort, integrate and organize the data material. Then, the codes were formed to preliminary categories which include information about the phenomenon. (2) *Axial coding*. Axial coding was used to relate categories to subcategories, specify the properties and dimensions of each category, and compile the data we had first fractured during *open coding*, which allows new ways of understanding the investigated phenomenon (Charmaz, 2014). (3) *Selective coding*. The final stage of data analysis can be described as the process by which categories are related to a “core category” and the core category systematically being related to the other categories and subcategories while validating those relationships. The category system was validated according to the recommendations of concept building, the constant comparative analysis, building minimal and maximal contrasts, as well as constantly writing and analyzing memos. Data collection and analysis was continued until new material did not generate new information and the category system did not change any more (this is called data saturation; Strauss & Corbin, 1998). Moreover, the research process of collecting and analyzing data was continuously discussed in a research team consisting of four researchers with different professional backgrounds (ethnology, sociology, psychology, economy).

Results

Our analysis resulted in a model consisting of four categories, of which one was identified as the core category, named *cross-cultural insecurities* (1). Three further categories were identified: *intervening conditions of cross-cultural insecurities* (2), *context factors of cross-cultural insecurities* (3), and *effects of cross-cultural insecurities on emotions, attitudes and behavior* (4). The four categories contained of eleven lower level categories, described below.

Category 1: Cross-Cultural Insecurities

The clinical psychologists of our study experience the cross-cultural setting as unsettling in many ways. The mere information that a client has a migration background seems to unsettle practitioners in advance. Practitioners described two types of insecurities they experience when treating migrated clients: *insecurities regarding their own therapeutic behavior in the cross-cultural setting* and *insecurities concerning the therapeutic relationship when treating a migrated client*.

Insecurities regarding own therapeutic Behavior in the Cross-Cultural Setting

Insecurities regarding the therapeutic behavior are mainly related to the interventions used during treatment. Practitioners worry if they can use the same techniques for migrated clients that they also use for their other, non-migrated clients. They often reported the feeling of having done something “wrong” during treatment: “*She [the client] was irritated after I asked her about her religion. And that was a moment where I realized: I made a mistake.*” (IP2, ll. 59-863).

Insecurities concerning the therapeutic Relationship when treating a migrated Client

This subcategory includes insecurities about topics that might be taboos (e.g. religion). Furthermore, practitioners reported uncertainty concerning their own professional role in the cross-cultural context. Some interviewees stated to be afraid of being or acting racist in some way: “*It is a general uncertainty how to behave: How to behave correctly? What is acting in an ethically correct manner? When am I acting racist?*” (IP5, l. 746).

Category 2: Intervening Conditions of Cross-Cultural Insecurities

We identified conditions that substantially influence practitioners’ insecurities in the cross-cultural setting in its extent. These two subcategories are *underlying cultural concepts* and *the experience of the cross-cultural setting as distinct from other therapeutic settings*.

Underlying Cultural Concepts

With "underlying cultural concept" we mean the subjective assumptions the interviewees have concerning the concept of culture. While a static cultural concept is characterized by social homogenization, ethnic consolidation and intercultural demarcation, a dynamic cultural concept tries to pass through classical cultural boundaries and is therefore characterized by hybridization: for every culture, all other cultures have come to be inner-content or satellites (for detailed information see Welsch, 1999). Most interviewees have a static concept of culture rather than a dynamic one. For example, they clearly associate culture with nation and assume cultural groups to which several countries relate. It seems noteworthy that the interviewees regard the ways a person thinks and feels to be "culturally" determined. Observed characteristics of a client are interpreted as characteristic of his or her cultural background: *"...women for example, if they are ill and they have another cultural background, they may moan much louder. It is just their cultural background that makes them moan that loud."* (IP 5, l. 1145).

The Experience of the cross-cultural Setting as distinct from other therapeutic Settings

All interviewees consider the encounter with migrated clients to be different from encountering non-migrated clients. Some psychologists mentioned how surprised they were after treatment that the migration background was hardly ever discussed. Noteworthy, if practitioners have a static cultural concept and consider the "cultural" background of a client to be important in their treatment, they reported more insecurities since they feel more (emotionally) distant from the client and attribute this to the different "cultural" background, which they could not overcome. Accordingly, they assume a definite (theoretical) knowledge to be a prerequisite for the treatment of a client from that "culture". This may, obviously, result in the conviction of not being well-prepared and therefore not having enough competencies to treat migrated clients adequately.

Category 3: Context Factors of Cross-Cultural Insecurities

Three subcategories were identified that influence practitioners' feelings of insecurity in a contextual manner.

The medical Model of Psychotherapy

The data indicate that the interviewees base their work upon assumptions that derive from a medical model of psychotherapy (for example criticized by Wampold & Imel, 2015). For example, they focus on the psychological disorder of their client and use psychological explanatory models for the disorder. Within these models, theoretical knowledge allows for assumptions of how changes of the disorder are possible. Furthermore, interviewees believe that success of a certain treatment is considered to be based on the interventions of the professional. That may explain why the interviewed practitioners, especially if they work without a team, reported that they do not feel prepared for dealing with the mostly socially determined problems of their (migrated) clients. There is high insecurity regarding laws and political decisions (e.g. concerning financing interpreters) among the interviewees and they reported a lack of time to keep their knowledge constantly up to date. One psychologist stated, migrated clients do not need "*real psychotherapy, but rather contact and information.*" (IP17, l. 320).

The public and scientific Discourse on Migration

The analysis of the data shows that the practitioners' view of clients with migration backgrounds seems to be strongly influenced by the current public and scientific discourse on migration. They seem to have a clear picture of migrated individuals as not having been integrated successfully into society. Some interviewees considered this lack of integration to be the main reason for mental distress: "*That is the problem: that they are not fully integrated into society. Of course, they develop mental health problems. But these are all resultant problems deriving from, for the most part, integration problems.*" (IP7, ll. 229-232). Interviewees believe that migrated clients face daily anticlimax, barriers and disadvantages in their attempts to be integrated into German society: "*I maintain that our society is profoundly*

racist. And that's why every migrated client is used to encounter racism everywhere. That's a problem for our work.” (IP1, ll. 425-433).

The Practitioner's Construction of their professional Role

The interviewed practitioners described themselves as representatives of society as a whole. Some practitioners state that they feel responsible to repair the deficits that politics and society have caused. Practitioners shew a very high sense of responsibility to act as ‘midwives of integration’ and ‘bridge builders’ for migrated clients in particular: *“One needs to reach the clients. That's important. And to tear down barriers, to build bridges, and you achieve this by informing them that we exist.” (IP7, ll. 621-623).* It seems that they feel trapped between the demands of their migrated clients and the expectations placed on them by society, politics and – not least – by themselves.

Category 4: Effects of cross-cultural Insecurities on Practitioners Emotions, Attitudes, and Behavior

Several consequences of practitioners' insecurities on their emotional reaction, their attitudes, and resulting behavior emerged from the data and resulted into four lower level categories.

Effects on Practitioners' emotional Reactions

Practitioners reported that treating migrated clients is associated with an increase of work in different ways: possible language problems require extra effort, especially because they have no or very little experience in working with translators. Even more, they report many concerns about engaging them. Practitioners state that migrated clients do not have the same psychological explanatory models as they do so that they feel the need to “teach” the clients, which seems to be exhausting. Some practitioners reported that working with migrated clients increases their workload to such an extent that they reach their personal limits. Moreover, building a therapeutic relationship with migrated clients is associated with more time and even with more economic resources. As a result, practitioners reported that they do not feel satisfied with the quality of their work in the cross-cultural setting; instead, they often feel

overwhelmed by a societal responsibility they are ill-equipped to deal with. Moreover, they reported feelings of shame since they feel insufficient due to a lack of “culture” specific knowledge. One interviewee described himself as “*a poor little psychotherapist*” (IP7, l. 518) who seems to be in charge of the deficits politics and the society had caused. Some interviewees stated that these thoughts evoke frustration and aggression.

Effects on Practitioners Behavior towards treating migrated Clients

Some statements indicate that the practitioners lose interest in the cross-cultural topic, which might lead to a refusal to treat migrated clients at all: “*Yes, I had more work with him [a migrated client] in the beginning. I had to teach him the whole and needed to explain what it all is about and so on. Of course, it was a barrier.*” (IP1, ll. 761-764). Others stated that they did not feel like treating migrated clients because they considered the therapy to be exhausting: “[...] *because I can choose the clients I want to treat and because I do not feed like treating this clientele. It is just that you can only talk with them with a translator. And that is difficult. And even if they are differentiated, it still is very exhausting. Very exhausting.*” (IP11B, ll. 83-89). Others stated that they would rather refer migrated clients to other institutions.

Practitioners' Attitudes to Clients' Needs

If practitioners think that there is no need for any specific treatment, they believe in the universal needs of every individual instead and consider the same requirements for every client: feeling understood, supported and taken seriously. To their mind, there is no need to gain any extra theoretical knowledge. In contrast, they emphasized the risks of manualized treatment: “[...] *yet everyone is an individual every time, and then the danger is, when you approach it with such a manual, that you then look at him only as a butterfly, a mounted butterfly – such a specimen of his kind. That's not a good basis for working together.*” (IP1, l. 843). Common attitudes were mentioned by these practitioners, e.g. appreciation, sensitivity and tolerance. They do not believe that these competencies can be distilled into specific tools

or trainings for a particular clientele. Therefore, a seminar in cross-cultural competence appeared almost as a farce to them: “[...] *I’m not going to learn that in a seminar in two and a half days, that’s ridiculous. And I then think that’s almost dishonest.*” (IP7, l. 529).

Other practitioners believe that specific competencies are needed for adequate treatment and that these competencies can be taught and trained. Usually, they meant rather theoretical knowledge about a specific nation. This knowledge should be gained in seminars, trainings and manuals. Interviewees who ascribe to this view associate an increase of knowledge with an increase of security and orientation within the treatment process. Otherwise, none of the interviewees stated that they would be in need of such specific knowledge or that they would like to attend a seminar in cross-cultural competence themselves. If trainings in cross-cultural competence were considered a helpful solution, the interviewees rather formulated it as a recommendation for younger professionals.

Practitioners Attitudes to Requirements for improved Treatment

Whether or not practitioners felt the need for specific requirements seems to depend on the importance they attribute to a client’s migration background. Specific knowledge was seen as a potential solution for a perceived lack of competence, whereas structural changes came into focus when practitioners felt sufficiently competent.

If they wished to improve their competencies, practitioners consider a more intimate setting where they can discuss open questions and experiences with colleagues to be more helpful than a seminar or training. They wished to reflect on stereotypes and hoped to get thought-provoking impulses: “[...] *and I would say the confrontation with one’s own prejudices are important. And I wished that to be a provocative process.*” (IP1, l. 480). Practitioners also mentioned that they would need more courage to treat migrated clients: to ask the client questions and to show personal insecurities or lack of knowledge concerning the client’s experience and country of origin and, by doing so, get into a stable therapeutic relationship with their clients. They wished to be more up to date with the relevant laws and regulations

and their implementation. Knowing the local professional networks was seen as a support. All in all, interviewees expressed that they wish to get more support and validation for their work.

Discussion

Our implications concern practitioners' insecurities and how to deal with them on the one hand and, on the other hand, the acquisition of cross-cultural competence and how it could be improved.

Implication 1: Raising Practitioners' Capacities to deal with personal Insecurities

Our research shows that practitioners face a lot of challenges in cross-cultural encounters and how this might lead to feelings of insecurity and distress. It seems particularly important that they are sensitive to their own emotional reactions when working with clients with a migration background (e.g. feeling uncertain or frustrated) in order to be aware of possible consequences (e.g. refusal of clients, own depletion, higher tendency to stereotype) and in order to find ways to deal with these feelings. It seems necessary, that practitioners meet settings to reflect on their own stereotypes and the function of stereotyping by asking themselves questions such as: Why am I explaining a certain behavior of my client by his/her cultural background? What is the particular consequence of this explanation? What is my expectation when treating this client? Our results appear to be consistent with the concept of cultural humility and might provide ways for practitioners to work with personal insecurities and to engage in a connection with their clients instead (Davis et al., 2018). Furthermore, our results indicate that practitioners seek to become more encouraged to work with migrated clients. What could be an adequate format to acquire this? Our data question conventional trainings where merely (theoretical) knowledge is taught as a suitable format. This format might give practitioners the impression that specific (theory-based) knowledge and specific tools are needed to treat clients with a migration background and that without them one is not only ill-equipped but also not entitled to do so. It is doubtful to which extent personal feelings

of overstraining or insecurities can be contained. Our data indicate that it seems necessary to support a deeper exchange with other practitioners facing the same challenges, e.g. in supervision or supportive professional peer group settings. This result is supported by studies that show that practitioners rate supervision to be highly beneficial to their professional development (Ronnestad & Orlinsky, 2005). When implementing trainings in cross-cultural competence, the excessive demands of the profession and the limited time resources of practitioners need to be taken into consideration. Otherwise, the training might risk producing the direct opposite of what it intends to achieve (increased feelings of overstraining and therefore a higher chance of refusing to work with this clientele).

Implication 2: Fostering a Dynamic and Contextual Model of Psychotherapy

Our results indicate that the reflection on one's own cultural concepts seems to be important, because a static concept of culture may increase the risk of stereotyping and in turn inhibits individualized treatment. If theoretical based seminars are offered, it seems important that "culture" specific knowledge is eluded to avoid one-sided culturalisation and stereotyping by imparting a dynamic concept of culture. Practitioners might come to the conclusion that stereotyping reduces insecurities because it simplifies reality. But, as our results indicate, the resulting explanatory models might be oversimplified and rather hinder than help when trying to understand an individual's behavior, which might in turn increase insecurities.

Furthermore, a different conceptual understanding of psychotherapy, which focuses more on contextualism, might also help dealing with insecurities because a practitioner's particular understanding of reality is emphasized (for the contextual model of psychotherapy see Wampold & Imel, 2015). Also, the so called "common factors" across psychotherapies (such as the alliance, empathy) and extra-therapeutic factors such as client motivation could be a helpful focus in the promotion of cross-cultural competence (Norcross, 2011). Our data indicate that a one-sided imparting of rather theoretical culture-specific knowledge might foster the illusion that only theoretical knowledge qualifies for treating migrated clients and

could discourage practitioners even further from offering cross-cultural treatment. Instead, practitioners need settings to reflect on their attitudes concerning their professional role: How does theoretical knowledge impact the way I work with my clients? How do I deal with not knowing? Our results indicate that addressing these questions is a long-term and complex learning process on the basis of a broader understanding of psychotherapeutic competencies. The discussions concerning the competency movement (Rubin et al., 2007) or “deliberate practice” (Ronnestad & Skovholt, 2001) may provide helpful suggestions.

Implication 3: Building supportive Structures for Practitioners

Our results show that practitioners wish to get support by a professional network. Therefore, trainings in cross-cultural competence should impart migration-related laws and networking opportunities in the cross-cultural context as our results indicate. The discussion about improvements in mental health care for migrated clients should not focus on the individual practitioner and her/his competencies alone. Practitioners may regain a feeling of self-efficacy by addressing the structural problems in political actions. In this way they redirect the responsibilities to the causes. In their sessions it may be helpful to mutually address these issues with their clients. This could also decrease the high level of responsibility practitioners feel. Improving the mental health care situation for clients with a migration background by increasing cross-cultural competences of practitioners can only be constructive if the needs of practitioners are taken into consideration.

Endnote

1 In Germany ‘migration background’ is a common term in science and in society in general. It refers to all foreigners and naturalized individuals, to those Germans that immigrated to today’s German territory after 1949 as well as to all individuals born in Germany as Germans with at least one migrated parent or a parent born as a foreigner in Germany; Statistisches Bundesamt, 2017, p.4).

References

- Adames, H. Y., Fuentes, M. A., Rosa, D., & Chavez-Dueñas, N. Y. (2013). Multicultural initiatives across educational contexts in psychology: becoming diverse in our approach. *International Journal of Multicultural Education*, 15(1), 1-16.
- Ausländerbeauftragte der Bundesregierung/ Bundesministerium des Innern / Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (1999). *Das neue StaatsangehörigenRecht. Einbürgerung: fair, gerecht, tolerant.* Retrieved from http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nichtinListe/1999/Das_neue_Staatsangehoerigkeitsrecht_-_Id_2243_de.pdf?__blob=publicationFile
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., ... Bass, E. B. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43, 356.
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 55(8), 944-953.
- Bowker, P., & Richards, B. (2004). Speaking the same language? A qualitative study of therapists' experiences of working in English with proficient bilingual clients. *Psychodynamic Practice*, 10, 459-478.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Davis, D.E., DeBlaere, C., Owen, J., Hook, J.N., Rivera, D.P., Choe, E.,... Placeres, V. (2018). The multicultural orientation framework: A narrative review. *Psychotherapy*, 55(1), 89.
- DGPPN (2016). Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Retrieved from https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/c03a6dbf7dcdb0a77dbdf4ed3e50981431abe372/2016_03_22_DGPPN_Positionspapier_psychosoziale%20Versorgung%20F1%C3%BCchtlinge.pdf
- Fuentes, M. A., & Shannon, C. R. (2016). The state of multiculturalism and diversity in undergraduate psychology training. *Teaching of Psychology*, 43(3), 197-203.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago.: Aldine.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kirmayer L.J, Fung, K., Rousseau, C., Lo, H.T., Menzies, P., Guzder, J., ... McKenzie, K. (2011). Guidelines for Training in Cultural Psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 1-17.
- Machleidt, W., & Calliess, I. T. (2005). Transkulturelle Psychiatrie und Migration– Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. *Die Psychiatrie-Grundlagen und Perspektiven*, 2(2), 77-84.
- Migrant Integration Policy Index (MIPEX) (2015). Retrieved from <http://www.mipex.eu/germany#/tab-health>
- Möske, M. O., Gil-Martinez, F., & Schulz, H. (2012). Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(5), 434-446.
- Moleiro, C., Freire, J., Pinto, N., & Roberto, S. (2018). Integrating diversity into therapy processes: the role of individual and cultural diversity competences in promoting equality of care. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 190-198.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Owen, J. (2018). Introduction to special issue: Cultural processes in psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(1), 1.
- Ratts, M. J., Singh, A. A., Nassar McMillan, S., Butler, S. K., & McCullough, J. R. (2016). Multicultural and social justice counseling competencies: Guidelines for the counseling profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 44(1), 28-48.
- Rommelspacher, B. (2008). Tendenzen und Perspektiven interkultureller Forschung. In B. Rommelspacher & I. Kollak (Hrsg.), *Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen* (S. 115-135). Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Rønnestad, M., & Orlinsky, D. (2005). Clinical Implications: Training, Supervision, and Practice. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Eds.), *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth* (pp. 181-201) Washington: American Psychological Association.
- Rønnestad, M., & Skovholt, M. (2001). Learning Arenas for Professional Development: Retrospective Accounts of Senior Psychotherapists. *Professional Psychology*, 32(2), 181-187.
- Rubin, N. J., Bebeau, M., Leigh, I. W., Lichtenberg, J. W., Nelson, P. D., Portnoy, S., ... Kaslow, N. J. (2007). The competency movement within psychology: A historical perspective. *Professional Psychology*, 38(5), 452.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2016*. Wiesbaden.
- Steinhäuser, T., Martin, L., von Lersner, U., & Auckenthaler, A. (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-

psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 64, 345-353.

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory publications* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Tao, K. W., Owen, J., Pace, B. T., & Imel, Z. E. (2015). A meta-analysis of multicultural competencies and psychotherapy process and outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 337-350.

United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division (2017). *Trends in International Migrant Stock: The 2017 revision*, United Nations database.

Vallianatou, C., Leavey, G., & Brown, J. (2007). Practitioners' perspectives of multicultural sensitivity. *Counselling Psychology Review*, 22, 58-67.

Wampold, B. E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.

Welsch, W. (1999). Transculturality: The puzzling form of cultures today. *Spaces of culture: City, nation, world*, 194-213.

Witzel, A. (2000). The problem-centered interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1, Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>

Zollmann, P., Pimmer, V., Rose, A. D., & Erbstößer, S. (2016). Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. *Die Rehabilitation*, 55(06), 357-368.

Publikation 3

Steinhäuser, T., Schlunk, J., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2019). Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung. *Psychiatrische Praxis*, 46 (04), 217-222.

<https://doi.org/10.1055/a-0843-6488>

Publikation 4

Steinhäuser, T., von Agris, A., Büssemeier, C., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2020). Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz? *Psychotherapeut*, 66, 46-53.
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00456-4>

*Transkulturelle Kompetenz:
Spezialkompetenz oder
psychotherapeutische Kernkompetenz?*

**Theresa Steinhäuser, Anna-Sophie
von Agris, Clara Büssemeier, Steffen
Schödwell & Anna Auckenthaler**

Psychotherapeut

ISSN 0935-6185

Psychotherapeut

DOI 10.1007/s00278-020-00456-4



Your article is published under the Creative Commons Attribution license which allows users to read, copy, distribute and make derivative works, as long as the author of the original work is cited. You may self-archive this article on your own website, an institutional repository or funder's repository and make it publicly available immediately.

Psychotherapeut
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00456-4>

© Der/die Autor(en) 2020



Theresa Steinhäuser¹ · Anna-Sophie von Agris¹ · Clara Büssemeier¹ ·
 Steffen Schödwell² · Anna Auckenthaler¹

¹ Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin, Berlin, Deutschland

² Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz?

Einschätzungen von Psychotherapeuten und Patienten

Das theoretische Konzept der transkulturellen Kompetenz ist bislang nicht nur hinsichtlich einer einheitlichen Definition für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext, sondern auch in der bedeutsamen Abgrenzung zu psychotherapeutischen Kernkompetenzen diffus. Daher ist es zur Beantwortung der Frage nach Kompetenzen, die für eine angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund erforderlich sind, allein wenig hilfreich. Auch sollten entsprechende Diskussionen nicht auf theoretische Ansätze beschränkt bleiben. Stattdessen erscheint es zentral, dass Kompetenzforderungen auch von den Akteuren selbst als angemessen bewertet werden.

Einleitung

Personen mit Migrationshintergrund machen derzeit ca. ein Viertel der deutschen Allgemeinbevölkerung aus (Statistisches Bundesamt 2019). Die Prävalenz psychischer Störungen von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland

weist auf einen psychotherapeutischen Bedarf hin, der mindestens genauso groß ist wie in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Bermejo et al. 2010; Glaesmer et al. 2009). Bezüglich der Inanspruchnahme existierender Versorgungsangebote gibt es nur wenige aktuelle repräsentative Studien (z. B. Rößner-Ruff et al. 2017; Schouler-Ocak 2020). Diese weisen wiederholt darauf hin, dass Personen mit Migrationshintergrund zwar die ihrem Bevölkerungsanteil entsprechende stationäre psychiatrische Versorgung erhalten (Schouler-Ocak 2020), jedoch in einzelnen Bereichen der stationären Versorgung auffällig unter- (z. B. Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik oder Gerontopsychiatrie) bzw. überrepräsentiert (z. B. Abteilung für Forensik oder Abhängigkeitserkrankungen). Besonders auffällig ist die Unterversorgung in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten (Koch et al. 2008). Eine Ursache für die bestehende Fehlversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund wird in einem auf Behandlerseite bestehenden Defizit in transkultureller Kompetenz gesehen und diskutiert, ob die Förderung der entsprechenden Kompetenz bereits in der Psychotherapie-Ausbildung die skizzierten Versorgungsdefizite ausgleichen könnte (DGPPN 2012, 2016; Machleidt

2002; Schouler-Ocak 2015). Allerdings wirft dies grundlegende Fragen nach dem inhaltlichen Verständnis transkultureller Kompetenz auf, und ob und wie diese überhaupt erworben werden kann.

Veröffentlichungen aus dem Bereich des Gesundheitswesens, die sich mit dem Verständnis transkultureller Kompetenz und ihrer praktischen Implementierung auseinandersetzen (Behrens 2017; Von Lersner 2017) unterscheiden sich teilweise erheblich in ihrer Definition von transkultureller Kompetenz, z. B. in ihrem jeweils zugrunde gelegten Verständnis von Kultur. Daher wurde in einer dieser Untersuchungen vorangegangenen Analyse die wissenschaftliche Literatur zu Konzeptionen transkultureller Kompetenz qualitativ untersucht, und es wurden 3 unterschiedliche Ansätze zu transkultureller Kompetenz herausgearbeitet: der technologische Ansatz, der Komponentenansatz sowie der Haltungs- und Einstellungsansatz (Steinhäuser et al. 2014), die im Folgenden inhaltlich skizziert werden.

Technologischer Ansatz

Definitionen von transkultureller Kompetenz, die im technologischen Ansatz zusammengefasst sind, liegt ein statischer Kulturbegriff zugrunde (d. h. „Kultur“ wird als in sich homogene Ein-

In diese Arbeit sind die Ergebnisse der Abschlussarbeit von C. Büssemeier und A.-S. von Agris (2017) eingeflossen.

heit angesehen und mit Nation/Ethnie gleichgesetzt). Transkulturell kompetentes Handeln setzt danach Wissen über „kulturelle“ Besonderheiten wie Normen, Krankheitsverständnisse oder Glaubenseinstellungen einer Nation/Ethnie voraus. Orientierende Kulturtypologien werden als dringend erforderlich wahrgenommen.

Komponentenansatz

Nach Definitionen, die dem Komponentenansatz zuzuordnen sind, setzt sich transkulturelle Kompetenz aus verschiedenen Teilkompetenzen zusammen. Neben „Kultur“-spezifischem Wissen und Fähigkeiten (z. B. das Sprechen einer anderen Sprache) werden u. a. die Reflexion über eigene Vorurteile als wichtige Komponenten gesehen.

Haltungs- und Einstellungsansatz

Definitionen, die dem Haltungs- und Einstellungsansatz zuzuordnen sind, liegt ein dynamisches Kulturverständnis zugrunde: Kultur wird als „selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe“ verstanden, das sich von Person zu Person unterscheidet (z. B. in Welsch 2010; Geertz 1999; Schlehe 2006). Eine transkulturell kompetente Interaktion sei geprägt durch Akzeptanz des eigenen Nicht-Wissens (Mecheril 2010). Jedes Individuum in sich sowie jede Kommunikation zwischen zwei Individuen können als transkulturell verstanden werden. Diese Haltung sei nicht in Trainings erlernbar, sondern entstehe in lebenslangen Reflexionsprozessen. Der Dekonstruktion des Kulturbegriffs entsprechend wird in diesem Ansatz auf den Begriff „Kultur“ verzichtet. Vor dem Hintergrund eines solchen Kultur- und Kompetenzverständnisses lässt sich grundlegend fragen, welche Kompetenzen von Psychotherapeuten allgemein zu erwerben sind, und ob diese sich dann überhaupt von den sog. transkulturellen Kompetenzen unterscheiden.

Psychotherapeutische Kernkompetenzen werden definiert als „basic standards expected of any modality of therapy for it to be effective and can be demonstrated in therapists working within any

given therapeutic framework“ (Yakeley et al. 2016, S. 96). Was jeweils zu den psychotherapeutischen Kernkompetenzen gezählt wird, variiert je nach Autor (Coleman 1998; Wampold und Imel 2015; Weck et al. 2010). Eine Metaanalyse ergab beispielsweise 14 evidenzbasierte Qualitäten und Handlungen effektiver Psychotherapeuten, darunter zwischenmenschliche Fähigkeiten, z. B. Ausdruck von Akzeptanz sowie das Bilden einer therapeutischen Beziehung (Wampold 2011). Bemerkenswerterweise wird die Berücksichtigung von Patientenmerkmalen, wie kultureller Hintergrund und sozioökonomisches Umfeld, ausdrücklich als psychotherapeutische Kernkompetenz genannt (Wampold 2011; Bundespsychotherapeutenkammer 2008). Die empirische Befundlage zum Zusammenhang psychotherapeutischer Kernkompetenzen und transkultureller Kompetenz ist nicht eindeutig. Einigen Studien zufolge zeigten sich hohe bis sehr hohe Korrelationen (Tao et al. 2015), andere Untersuchungen erbrachten keine Zusammenhänge, abhängig von der Definition und Operationalisierung der beiden Konzepte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz nicht nur hinsichtlich einer einheitlichen Definition für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext, sondern auch in der bedeutsamen Abgrenzung zu psychotherapeutischen Kernkompetenzen bislang diffus bleibt. Möglicherweise hat dies auch damit zu tun, dass bisherige Definitionsversuche ausschließlich theoretisch fundiert sind. Was ist aber über die Perspektive von Patienten mit Migrationshintergrund und Psychotherapeuten auf die Arbeit im transkulturellen Setting bislang bekannt?

Die Frage, was sich Psychotherapeuten und Patienten mit Migrationshintergrund unter transkultureller Kompetenz vorstellen, ist bislang nicht untersucht worden. Verschiedene Untersuchungen verweisen auf die von Psychotherapeuten beschriebenen Gefühle in der transkulturellen Behandlung, z. B. Unsicherheit, Hilflosigkeit, Frustration und Unzufriedenheit (z. B. Wohlfart et al. 2006). Außerdem werden wahrgenommene

Sprachbarrieren oder die „kulturelle“ Verschiedenheit von Psychotherapeuten als Gründe genannt, Patienten mit Migrationshintergrund für eine Behandlung abzulehnen (Möske et al. 2013). Eine authentische psychotherapeutische Beziehung, ein kritischer Umgang mit eigenen Stereotypen sowie die Fähigkeit, mit Nicht-Wissen umzugehen, werden von Psychotherapeuten als hilfreich eingeschätzt (Elias-Juarez und Knudson-Martin 2017; Niño et al. 2016).

Studien, die sich mit der Perspektive der Patienten mit Migrationshintergrund beschäftigten, verweisen auf ein personenbezogenes Verständnis von transkultureller Kompetenz im Sinne einer „multicultural orientation“ statt „multicultural competencies“ (Owen et al. 2011). „Multicultural orientation“ wird definiert als eine grundsätzliche Haltung von Offenheit, Neugier, Abwesenheit von Arroganz sowie echtem Interesse, die kulturellen Identitäten der Patienten zu verstehen (Owen et al. 2011). Vertreter dieses Ansatzes plädieren für eine Verschiebung von einem wissensorientierten zu einem prozessorientierten Verständnis von psychotherapeutischer Kompetenz (Chu et al. 2016; Hook et al. 2013; Watson et al. 2017). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Steinhäuser et al. (2016), die die Perspektive von Patienten mit Migrationshintergrund auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland untersuchten. Die Studie ergab, dass Patienten sich Psychotherapeuten wünschen, die sie ernst nehmen und einen authentischen Kontakt gestalten. Diese Befunde decken sich mit Konzepten von transkultureller Kompetenz, die dem Haltungs- und Einstellungsansatz zuzuordnen sind.

Fragestellung

Die Frage nach Kompetenzen, die für eine angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund erforderlich sind, sollte nicht auf theoretische Diskussionen beschränkt bleiben. Stattdessen erscheint es zentral, dass Kompetenzforderungen auch von den Akteuren selbst als angemessen bewertet werden. In der

Psychotherapeut <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00456-4>
© Der/die Autor(en) 2020

T. Steinhäuser · A.-S. von Agris · C. Büssemeier · S. Schödwel · A. Auckenthaler

Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz? Einschätzungen von Psychotherapeuten und Patienten

Zusammenfassung

Hintergrund. Es existieren zahlreiche theoretische Überlegungen dazu, was unter transkulturellen Kompetenzen von Psychotherapeuten zu verstehen ist. Die Frage, was sich jedoch Psychotherapeuten und Patienten selbst unter transkultureller Kompetenz vorstellen, ist bislang nicht untersucht worden. Unklar ist auch, inwiefern es sich bei transkultureller Kompetenz um eine Spezialkompetenz oder um eine Teilkomponente allgemeiner psychotherapeutischer Kernkompetenzen handelt.

Ziel der Arbeit. Die Studie geht der Frage nach, was sich Patienten und Psychotherapeuten unter transkultureller Kompetenz vorstellen, und ob es sich bei dieser

Kompetenz um eine Spezialkompetenz oder um eine Teilkomponente allgemeiner psychotherapeutischer Kernkompetenzen handelt.

Material und Methoden. Zwölf problemzentrierte Interviews wurden leitfadengestützt mit Patienten mit Migrationshintergrund und Psychotherapeuten geführt und mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2008) ausgewertet.

Ergebnisse. Aus Sicht von Psychotherapeuten und Patienten bilden sich transkulturelle Kompetenzen in allgemeinen psychotherapeutischen Kernkompetenzen ab. Insbesondere das Eingehen auf die individuellen Anliegen der Patienten wurde

als transkulturell kompetentes Handeln beschrieben.

Schlussfolgerung. Für die Entwicklung transkultureller Kompetenz bedarf es langfristiger Reflexionsprozesse und unmittelbarer Behandlungserfahrungen mit Patienten mit Migrationshintergrund. Diese Aspekte sollten in Konzeptionen für eine verbesserte Psychotherapeuten-Ausbildung berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Allgemeine Kernkompetenz · Patienten mit Migrationshintergrund · Behandler-Patient-Beziehung · Psychotherapie-Ausbildung · Qualitative Inhaltsanalyse

Transcultural competence: Special competence or psychotherapeutic core competence? Perspectives of psychotherapists and patients

Abstract

Background. There are numerous theoretical considerations on how to understand transcultural competence of psychotherapists; however, so far there has been no research on how professionals and patients themselves understand and conceptualize transcultural competence. Furthermore, it is unclear in how far transcultural competence can be seen as a special competence or as a component of general psychotherapeutic core competencies.

Aim of the work. This study actively examined how patients and psychotherapists understand transcultural competence and whether this competence can be

conceptualized as a special competence or as a component of general psychotherapeutic core competencies.

Material and methods. In this study 12 problem-centered, guideline-based interviews were conducted with patients with a migration background and with psychotherapists. The interviews were then analyzed by the method of qualitative content analysis (Mayring 2008).

Results. Psychotherapists as well as patients regard transcultural competencies to be represented in psychotherapeutic core competencies. In particular, responding to

patients' individual concerns was seen as transculturally competent behavior.

Conclusion. The development of transcultural competence requires long-term reflection processes and first-hand treatment experience of patients with a migration background. These aspects should be considered in concepts for an improved training of psychotherapists.

Keywords

Core competence · Psychotherapy training · Professional-patient relations · Patients with migration background · Qualitative content analysis

vorliegenden Untersuchung wurde daher folgenden Fragen nachgegangen:

- Was stellen sich Psychotherapeuten und Patienten unter transkultureller Kompetenz vor? Inwieweit stimmen diese Vorstellungen mit den aus der Forschungsliteratur bekannten Definitionen von transkultureller Kompetenz überein?
- Handelt es sich beim Konzept der *transkulturellen Kompetenz* um eine Spezialkompetenz oder um eine psychotherapeutische Kernkompetenz?

Methoden

Für die Frage nach der Perspektive von Behandlern und Patienten mit Migrationshintergrund erschien ein qualitatives Forschungsdesign geeignet. Das Datenmaterial bestand aus 12 leitfadengestützten problemzentrierten Interviews (Witzel 1985). Problemzentrierte Interviews ermöglichen eine Eingrenzung auf ein vorab definiertes Thema, das „Problem“, das untersucht werden soll, durch die Verwendung eines Leitfadens. Diese „Problemzentrierung“ (Witzel

2000, S. 2) ermöglicht dem Interviewer, am Problem orientierte Fragen zu stellen und die subjektive Sichtweise des Befragten zum Forschungsgegenstand sukzessive präzise zu erfassen. Konkrete Nachfragen sind ebenfalls Teil dieser Interviewform. Das Konzept des problemzentrierten Interviews erschien als besonders geeignet, um Daten zu generieren, die einerseits den Fokus auf den Forschungsgegenstand wahren und andererseits den Befragten die Möglichkeit geben, eigene Themen einzubringen und Schwerpunkte zu setzen.

Tab. 1 Leitfragen der Interviews

Psychotherapeuten	Patienten mit Migrationshintergrund
1. Können Sie mir über Ihre Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund erzählen?	1. Können Sie mir über Ihre Erfahrungen in der Behandlung erzählen?
2. Welche Kompetenzen und Fertigkeiten sind Ihrer Erfahrung nach in der Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund besonders wichtig?	2. Inwiefern spielte Ihr Migrationshintergrund eine Rolle in der Behandlung?
3. Welche Empfehlungen/Wünsche für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund haben Sie?	3. Welche Wünsche zu Veränderung/Verbesserung der Behandlungssituation haben Sie?
4. Haben wir alles, das Ihnen wichtig erscheint, besprochen, oder gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint?	4. Haben wir alles, das Ihnen wichtig erscheint, besprochen, oder gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint?

Die Konzeption der beiden Leitfäden für Patienten mit Migrationshintergrund und Psychotherapeuten erfolgte nach den von Helfferich (2009) beschriebenen Prinzipien. Entsprechend wurden jeweils 4 offene Fragen formuliert, die einen Erzählstoß zu einem Themenfeld geben (■ Tab. 1), und mögliche Nachfragen (z. B. *Was genau würden Sie gern verändern?*) sowie konkrete Fragen zu spezifischen Themen (*Was hat aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass Sie die Behandlung abgebrochen haben?*) vorab festgelegt, die bei Bedarf gestellt werden konnten. Die Interviews hatten dialogischen Charakter und dauerten zwischen 60 und 155 min. Neben der Durchführung der Interviews wurde ein Kurzfragebogen zur Erhebung soziodemografischer Daten ausgehändigt. Die ethischen Richtlinien bezüglich Freiwilligkeit, informierter Einwilligung sowie Anonymität und Vertraulichkeit wurden eingehalten. Die Befragten wurden im Vorhinein über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, das Ziel der Untersuchung sowie die Anonymisierung ihrer Daten informiert und gaben ihre Einwilligung bezüglich Aufnahme, Transkription und Analyse des Interviews.

Es wurden 6 Interviews mit Patienten und 6 Interviews mit Psychotherapeuten mit unterschiedlich langer Berufserfahrung (3 in Ausbildung befindlich, 3 approbierte Psychotherapeuten) geführt. Eine Zahl von mindestens 6 Interviews ist laut Helfferich (2009) ausreichend, um über Einzelfallanalysen hinausgehende Aussagen treffen zu können.

Die Interviewpersonen wurden nach dem Prinzip der minimalen und maxi-

malen Kontrastierung ausgewählt, wodurch eine möglichst heterogene Stichprobe erzielt wurde, die sich hinsichtlich verschiedener Variablen (Geschlecht, Alter, Sprachkenntnisse, Therapieverfahren, Berufserfahrung, Migrationshintergrund und Zeitpunkt der Migration) unterschied. Mit diesem Vorgehen, das als typisch für die qualitative Fallauswahl angesehen werden kann, wurde sichergestellt, dass möglichst unterschiedliche Perspektiven auf das zu untersuchende Thema erhoben wurden. Im Unterschied zum quantitativen Forschungsparadigma erfolgte die Fallauswahl nicht anhand a priori definierter Merkmale, da sich z. T. erst im Auswertungsprozess abzeichnete, welche Merkmale relevant sind. Dieses Vorgehen wird auch als *theoretisches Sampling* bezeichnet. Es wird so lange fortgesetzt, bis eine *theoretische Sättigung* erreicht ist, also durch die Hinzunahme weiterer Fälle keine weiteren Eigenschaften der Kategorie entdeckt werden (Glaser und Strauss 2010, S. 76 ff.). Eine detaillierte Darstellung der Stichprobe findet sich in den ■ Tab. 2 und 3.

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über verschiedene Einrichtungen (Tagesklinik, offene Psychiatristation, Ambulanzen verschiedener Psychotherapie-Ausbildungsinstitute, ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Praxen, psychiatrische Institutsambulanzen) in unterschiedlichen Bezirken Berlins.

Die Auswertung der Interviews erfolgte mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008), bei der ein Kategoriensystem erstellt wird, das wichtige

Themen und Aspekte herausfiltert und zusammenfasst sowie das Datenmaterial durch die Zuordnung zu Haupt- und Subkategorien systematisch strukturiert. Das Vorgehen ermöglicht es, deduktive und induktive Analyseschritte innerhalb des Forschungsprozesses zu kombinieren. Dabei wurden einige Kategorien anhand der aus der Theorie bereits bekannten 3 Ansätze transkultureller Kompetenz (Steinhäuser et al. 2014) vorab gebildet. Anhand dieser Kategorien und des theoretischen Vorwissens wurden alle relevanten Passagen der Interviews durchgearbeitet. Als relevante Textstellen wurden diejenigen definiert, die entweder explizit transkulturelle Kompetenz thematisierten oder implizit auf Vorstellungen transkultureller Kompetenz schließen ließen. Alle relevanten Textstellen wurden mit Codes versehen, die in mehrmaligen Bearbeitungsdurchgängen den jeweiligen Kategorien zugeordnet oder zu neuen Kategorien zusammengefasst wurden. Sukzessive wurden die Codes und herausgefilterten Kategorien zu thematisch allgemeineren Kategorien oder zu inhaltlich differenzierteren Subkategorien zusammengefasst, bis ein Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien entstand. Um eine verbesserte Zuverlässigkeit des Codierprozesses zu erreichen, wurde die Technik des konsensuellen Codierens (Kuckartz 2016) angewandt, bei der die Interviewpassagen von 2 Personen unabhängig voneinander codiert sowie im Anschluss Gemeinsamkeiten und Differenzen diskutiert werden.

Ergebnisse

Die Auswertung der Interviews führte zu zwei Kernkategorien: *transkulturelle Kompetenz als individualisiertes Vorgehen in der Behandlung* (Kernkategorie I) und *transkulturelle Kompetenz als Spezialkompetenz* (Kernkategorie II).

In den Aussagen der Befragten¹ lassen sich alle 3 aus den theoretischen Defini-

¹ Wenn von Befragten die Rede ist, sind sowohl Psychotherapeuten als auch Patienten gemeint; folgende Codierung wurde bei Zitaten vorgenommen: B: Behandelnde (B1–B3), P: Patienten (P1–P6).

Tab. 2 Basismerkmale der Patienten

	Alter (Jahre)	Geschlecht	Staatsbürgerschaft	Alter zum Zeitpunkt der Migration	Zu Hause gesprochene Sprache
P1	43	Männlich	Deutsch	Als Säugling	Deutsch
P2	42	Weiblich	Venezolanisch	37 Jahre	Deutsch, Spanisch, Englisch, Italienisch
P3	38	Männlich	Deutsch	17 Jahre	Deutsch, Bengalisch
P4	45	Weiblich	Deutsch	4 Jahre	Deutsch, Türkisch
P5	34	Männlich	Spanisch	25 Jahre	Deutsch
P6	32	Weiblich	Deutsch	Eltern migriert	Taiwanesisch

Tab. 3 Basismerkmale der Psychotherapeuten

	Alter (Jahre)	Geschlecht	Therapieverfahren	Ausbildungsstand	Berufserfahrung (Jahre)	Patienten mit MH	Eigener MH
B1	50	Männlich	VT	PP	15	Ja	Nein
B2	59	Männlich	TP	PP	30	Ja	Nein
B3	41	Männlich	TP	PP	7	Ja	Nein
B4	30	Weiblich	TP	PiA	5	Ja	Ja
B5	28	Weiblich	VT	PiA	5	Ja	Ja
B6	43	Weiblich	PA	PiA	12	Nein	Ja

MH Migrationshintergrund, PA Psychoanalyse, PiA Psychotherapeut in Ausbildung, PP psychologischer Psychotherapeut, TP tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, VT Verhaltenstherapie

tionen gebildeten Ansätze wiederfinden. Kein Befragter lässt sich in seinen Aussagen vollständig einem der theoretischen Ansätze zuordnen.

Transkulturelle Kompetenz als individualisiertes Vorgehen in der Behandlung

Weder Behandelnde noch Patienten scheinen einen Unterschied zwischen spezifischen Kompetenzen für die transkulturelle Behandlung und psychotherapeutischen Kernkompetenzen zu machen. Aus ihrer Sicht qualifizieren psychotherapeutische Kernkompetenzen auch zur transkulturellen Behandlung („... dass die Kernkompetenzen von Psychotherapeuten per se die Qualifikation zur interkulturellen Begegnung darstellen“; B3, Z. 809–811). Insbesondere das Eingehen auf die individuellen Anliegen der Patienten wurde als transkulturell kompetent angesehen, da dies ermögliche, sich auf Augenhöhe zu begegnen. Offenes Fragen der Psychotherapeuten helfe, die Relevanz einzelner Lebensaspekte zu erfassen und Inhalte in ihren individuellen Kontext eingebettet zu verstehen. Auch von Patienten wurde das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse als zentral be-

schrieben: „... jeder Mensch ist anders und muss irgendwie sehen, dass er irgendwie auch als individueller Kunde bedient wird“ (P6, Z. 151–152). Dem gegenseitigen Verstehen kam bei den Befragten eine besondere Rolle zu. Sie äußerten zudem, dass die transkulturelle Behandlung einen verstärkten Einsatz psychotherapeutischer Kernkompetenzen voraussetze, z.B. in besonderem Maß Sensibilität, Offenheit oder Zeit. Bemerkenswerterweise blieben trotz des individualisierten Verständnisses von Psychotherapie Vorstellungen von transkultureller Kompetenz in einem statischen Kulturverständnis verankert: Zwar schienen die Befragten einerseits den Kulturbegriff als ausschließlich ortsverankertes Konzept zu dekonstruieren, auf die Frage nach dem persönlichen Verständnis von Kultur setzten sie jedoch Kultur mit Nation gleich.

Transkulturelle Kompetenz als Spezialkompetenz

Es zeigte sich, dass einige der Befragten v.a. zu Beginn des Interviews für die transkulturelle Behandlung spezifische Kompetenzen voraussetzten, jedoch Schwierigkeiten hatten, den Begriff transkulturelle Kompetenz genauer zu definie-

ren. Zu den spezifischen Kompetenzen zählten sie die im Folgenden genannten.

Sprachkompetenz

Sprachunterschiede wurden von den Befragten unterschiedlich bewertet: Einerseits problematisierten sie diese als erschwerenden Faktor für die Behandlung. Andererseits wurden Sprachunterschiede auch als hilfreich beschrieben, da dadurch Selbstverständlichkeiten infrage gestellt und Reflexionsprozesse in Gang gesetzt würden. Die Psychotherapeuten gaben an, ohne Dolmetscher zu arbeiten; auch von Patientenseite wurde kein Wunsch nach Dolmetschern geäußert, sondern eher eine Zweit- und Drittsprache bei Psychotherapeuten gefordert.

„Kulturspezifisches“ Wissen

Einige Psychotherapeuten bewerteten „kulturspezifisches“ Wissen (Wissen über Nationen, regionale Gepflogenheiten usw.) für eine gelingende Behandlung als wichtig und setzten dabei voraus, dass dieses Wissen erlernbar sei. Wurde spezifisches Wissen als eine Komponente transkultureller Kompetenz angesehen, schilderten die Befragten ambivalente Gefühle zwischen dem Wunsch nach orientierenden, wissensbasierten Leitfäden einerseits und der Sorge, damit

stereotypisierend zu verfahren. Am Ende sei doch jeder ein Individuum und sollte nicht als „so ein Schmetterling, so ein Aufgepieksten, ... so ein Exemplar von seiner Gattung“ (B3, Z. 846–847) gesehen werden. Vor allem Psychotherapeuten in Ausbildung äußerten zu Beginn der Interviews Unsicherheit, welchen Stellenwert spezifisches Wissen für die transkulturelle Behandlung haben sollte.

Ähnliche Erfahrungen

Das Vorhandensein von Ähnlichkeiten bzw. ähnlichen Erfahrungen, die sich z. B. auf die Herkunft oder die Migrationsgeschichte beziehen, wurde als Teilkomponente transkultureller Kompetenz beschrieben. Dadurch würden „kulturelle“ Bezüge und Umgangsnormen selbstverständlich und müssten nicht mehr explizit in der Behandlung thematisiert werden.

(Selbst-)Reflexion

Bemerkenswerterweise sahen Psychotherapeuten und Patienten zunächst in der Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion eine Teilkomponente transkultureller Kompetenz. Als Themen der Selbstreflexion wurden u. a. die eigene „kulturelle“ Eingebundenheit, die professionelle Rolle sowie der Wirkungsbereich/die Grenzen von Psychotherapie genannt. Auch die Reflexion der Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierungserfahrungen wurden genannt. Viele Probleme, die Patienten mit Migrationshintergrund hätten, seien durch politische Entscheidungen bzw. gesellschaftliche Entwicklungen verursacht und könnten nicht durch Psychotherapie „gelöst“ werden. Dass es sich bei dieser Fähigkeit um eine spezifische transkulturelle Kompetenz handele, revidierten die Befragten jedoch im Verlauf der Interviews.

Erfahrung ermöglicht Kompetenzentwicklung

Die Analyse ergab, dass die Psychotherapeuten, die sich noch in Ausbildung befanden, spezifischen Kompetenzen mehr Bedeutung für eine gelingende Behandlung zuschrieben als langjährig erfahrene Psychotherapeuten. Psychotherapeu-

ten in Ausbildung berichteten v. a. vor Behandlungsbeginn von Unsicherheiten und Sorgen, sich inkompetent zu verhalten. Diese Sorgen hätten sich jedoch im direkten Kontakt mit dem Patienten relativiert bzw. sich als unbegründet erwiesen. Im Laufe der Behandlung sei das Thema „Kultur“ in den Hintergrund gerückt. Letztlich unterscheide sich die Behandlung von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund nicht. Auch Patienten berichteten von Vorbehalten vor Behandlungsbeginn, z. B. nicht verstanden zu werden. Auch hier lösten sich jedoch die Sorgen durch die direkte Erfahrung auf.

Diskussion

Beim Vergleich der Vorstellungen der Befragten mit den theoretischen Konzeptionen zu transkultureller Kompetenz fällt auf, dass diese keine völlig anderen oder neuen Aspekte von transkultureller Kompetenz benennen. Es fanden sich vielmehr zahlreiche Aspekte der theoretischen Konzeptionen transkultureller Kompetenz in den Aussagen der Befragten wieder. Zusammenfassend wichen die Ansichten der Psychotherapeuten in Bezug auf die Frage, was unter transkultureller Kompetenz zu verstehen sei, kaum von denen der Patienten ab. Sie verstanden darunter die Fähigkeit, sich auf den direkten Kontakt mit dem anderen immer wieder neu einzulassen (individualisiertes Vorgehen in der Behandlung), was sich mit der Konzeption transkultureller Kompetenz im Haltungs- und Einstellungsansatz (Steinhäuser et al. 2014) sowie bisherigen Befunden deckt (Elias-Juarez und Knudson-Martin 2017; Niño et al. 2016; Steinhäuser et al. 2016). Dieser Befund passt auch zu der in den USA inzwischen verbreiteten Abkehr von einer spezifischen transkulturellen Kompetenzerwartung hin zu einer „multicultural orientation“ (Owen et al. 2011), deren prozessorientiertem Verständnis in hiesigen Weiterbildungsansätzen noch kaum Rechnung getragen wird (Chu et al. 2016; Hook et al. 2013; Watson et al. 2017).

Von den Psychotherapeuten wurde darüber hinaus häufiger die Notwendigkeit *zusätzlicher* Teilkompetenzen, wie

des Sprechens einer anderen Sprache, spezifischen „Kultur“-bezogenen Wissens oder der Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion, genannt. Einige Befragte nahmen an, dass es für eine individualisierte Behandlung im transkulturellen Kontext „mehr vom Gleichen“ brauche, beispielsweise mehr Zeit für die Beziehungsgestaltung. Auffällig ist, dass die Befragten im Verlauf des Interviews ihre Ansichten überdachten und veränderten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, welchen Stellenwert Reflexionsprozesse, angeregt durch die Interviewfragen, für die Entwicklung transkultureller Kompetenz haben. Das Ergebnis verweist auch auf den Vorteil von Befragungen mit Interviewcharakter gegenüber Fragebogenformaten.

Offenbar scheint aus Sicht der Befragten die Vorstellung von transkultureller Kompetenz als Fähigkeit zum individuellen Eingehen auf den Patienten nicht einem statischen Kulturverständnis zu widersprechen. Dies unterscheidet sich deutlich von den theoretischen Konzeptionen transkultureller Kompetenz: Hier wird im Haltungs- und Einstellungsansatz ein dynamisches Kulturverständnis vorausgesetzt. Statische Vorstellungen von Kultur sind besonders in psychologischen und medizinischen Veröffentlichungen zum Thema nach wie vor verbreitet und besitzen trotz der Gefahr voreiliger Stereotypisierungen und Kulturalisierungen offenbar vermeintlich großen Erklärungsgehalt, sie spiegeln jedoch offenbar nicht die konkreten Erfahrungen der Befragten wider. Der durch die Interviewfragen angestoßene Reflexionsprozess konnte den Widerspruch zwischen statisch verankertem Kulturkonzept einerseits und konkreten Erfahrungen andererseits für die Befragten offenlegen, was die Bedeutung von Reflexionsprozessen für die Entwicklung transkultureller Kompetenz unterstreicht.

Es zeigte sich, dass v. a. Psychotherapeuten in Ausbildung sowie Patienten vor der Aufnahme der Behandlung Vermutungen darüber anstellten, ob es „Kultur“-spezifischer Kompetenzen für eine gelingende Behandlung bedürfe. Im Verlauf der Behandlung sahen sie keinen Bedarf an zusätzlichen spezifischen Fä-

higkeiten mehr und trauten sich die Behandlung zunehmend zu, was als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass für die Entwicklung transkultureller Kompetenz unmittelbare Behandlungserfahrungen notwendig zu sein scheinen.

Abschließend sprechen die Ergebnisse der Studie dafür, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz aus Sicht der Befragten im Konzept der psychotherapeutischen Kernkompetenzen aufgeht, allerdings unter zwei Bedingungen: zum einen dann, wenn psychotherapeutische Kernkompetenzen in der transkulturellen Behandlung intensiviert eingesetzt werden. Zum anderen scheint es darauf anzukommen, ob der Behandlungsfokus auf der Verschiedenheit des Einzelnen in seiner kontextuellen Eingebundenheit liegt (Haltungs- und Einstellungsansatz), anstatt auf Verschiedenheit durch „Kultur“ (technologischer-/Komponentenansatz). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen fragen, ob es spezifischer Aus- und Weiterbildungsformate zur Förderung von transkultureller Kompetenz überhaupt bedarf. In jedem Fall sollten sie einen längerfristigen Lern- und Erfahrungsprozess (beispielsweise in begleitender Supervision und Intervention) unterstützen und den Einstieg in eine als transkulturell *erwartete* Behandlung erleichtern. Eine reflexionsförderliche Lernumgebung, die eine Auseinandersetzung mit Themen wie Rassismus, eigenen Vorurteilen und Stereotypen sowie Bedeutung von Migration fördert, erscheint ebenso zielführend, wie die Auseinandersetzung mit eigenen Unsicherheiten in der Behandlung, beispielsweise in Form von Selbsterfahrung. In vielen der bestehenden Weiterbildungsangebote scheint dieser Aspekt noch nicht ausreichend berücksichtigt zu werden.

Grenzen der Untersuchung und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung befasst sich vor dem Hintergrund der sich verändernden Psychotherapie-Ausbildung mit einer hoch relevanten Fragestellung, die darauf abzielt, das Konzept der transkulturellen Kompetenz für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich

um die Perspektive von Patienten mit Migrationshintergrund und Psychotherapeuten zu erweitern. Bisherige Konzeptionen transkultureller Konzeptionen sind ausschließlich theoretisch fundiert. Als weitere (methodische) Stärke ist anzusehen, dass verschiedene Maßnahmen, die einer Verzerrung während der Durchführung und Auswertung der Interviews vorbeugen, umgesetzt wurden, beispielsweise die Technik des konsensualen Codierens durch 2 unabhängige Codierpersonen sowie das Codieren nach Codierleitfaden.

Dennoch ist aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Arbeit und der geringen Stichprobengröße trotz der verwendeten Technik des theoretischen Sampling, die in der qualitativen Forschung als Generalisierungstechnik/Methode zur Herstellung externer Validität der Untersuchung diskutiert wird, nur von einer „moderaten Generalisierbarkeit“ der Ergebnisse auszugehen (Williams 2002, S. 131). Da bei der Auswertung des letzten Interviews noch geringfügig neue Aspekte herausgearbeitet werden konnten, muss angenommen werden, dass eine gute, jedoch nicht vollständige Datensättigung erreicht wurde.

Um hinreichende Aussagen darüber treffen zu können, inwiefern die in dieser Arbeit sichtbar gewordenen Erfahrungen der befragten Psychotherapeuten und Patienten verallgemeinerbar sind, bedarf es weiterführender (quantitativer) Untersuchungen. Gleichwohl wirft die vorliegende Arbeit zentrale Aspekte auf, denen in zukünftigen Untersuchungen nachgegangen werden sollte, beispielsweise wie Weiterbildungsformate konkret gestaltet sein sollten, um Unsicherheiten und Vorbehalte aufseiten unerfahrener Behandler aufzufangen und ein dynamisches Verständnis von Kultur zu fördern.

Fazit für die Praxis

- Ein modernes Verständnis von transkultureller Kompetenz überwindet statische Vorstellungen von Kultur und verzichtet auf einseitige „Kulturtypologien“ zugunsten einer Haltung, die die Einzigartigkeit sowie dynamische, soziale und kulturel-

le Vielschichtigkeit des Einzelnen voraussetzt.

- Eine Schlüsselqualifikation für transkulturelle Kompetenz wird in der Fähigkeit zum individualisierten Vorgehen in der Behandlung gesehen.
- Für die Entwicklung transkultureller Kompetenz bedarf es längerfristiger Reflexionsprozesse und unmittelbarer Behandlungserfahrungen mit Patienten mit Migrationshintergrund.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Theresa Steinhäuser
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Deutschland
t.steinhaeuser@fu-berlin.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Steinhäuser, A.-S. von Agris, C. Büssemeier, S. Schödöwll und A. Auckenthaler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Behrens K (2017) Migration und Transkulturalität: Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
- Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M (2010) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax* 37(05):225–232
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008) Positionspapier (Entwurf). Kernkompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. http://www.bptk.de/uploads/media/20091006_bptk_entwurf_kompetenzpapier_stand_120908_bptk-symposium.pdf. Zugegriffen: 16. Juli 2018
- Büssemeier C, von Agris A (2017) Vorstellungen transkultureller Kompetenz – eine qualitative Inhaltsanalyse von Interviews mit Klient*innen und Psychotherapeut*innen (Bachelorarbeit). Freie Universität, Berlin
- Chu J, Leino A, Pflum S, Sue S (2016) A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Prof Psychol Res* 47(1):18–29
- Coleman HL (1998) General and multicultural counseling competency: apples and oranges? *J Multicult Couns Devel* 26(3):147–156
- DGPPN (2012) Positionspapier zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland. <https://bit.ly/39rB8KP>. Zugegriffen: 5. Juli 2020
- DGPPN (2016) Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. <https://bit.ly/3eRuq21>. Zugegriffen: 5. Juli 2020
- Elias-Juarez MA, Knudson-Martin C (2017) Cultural attunement in therapy with Mexican-heritage couples: a grounded theory analysis of client and therapist experience. *J Marital Fam Ther* 43(1):100–114
- Geertz C (1999) Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W (2009) Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax* 36(1):16–22
- Glaser BG, Strauss AL (2010) Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung. Huber, Bern
- Helffferich C (2009) Die Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Interviews, 3. Aufl., VS, Wiesbaden
- Hook J, Davis D, Owen J, Worthington E, Utsey S (2013) Cultural humility: measuring openness to culturally diverse clients. *J Couns Psychol* 60(3):353–366
- Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M (2008) Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Nervenarzt* 79(3):328–339
- Kuckartz U (2016) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
- Von Lersner U (2017) Interkulturelle Kompetenzen für die Behandlung von Geflüchteten. *Psychotherapeut* 62(4):285–290
- Machleidt W (2002) Die 12 Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Nervenarzt* 73:1208–1212
- Mayring P (2008) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 10. Aufl. Beltz, Weinheim, Basel
- Mecheril P (2010) „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In: Auernheimer G (Hrsg) Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, 3. Aufl. VS, Wiesbaden, S 15–34
- Möske MO, Gil-Martinez F, Schulz H (2013) Cross-cultural opening in German outpatient mental Healthcare service: an exploratory study of structural and procedural aspects. *Clin Psychol Psychother* 20(5):434–446
- Niño A, Kissil K, Davey MP (2016) Strategies used by foreign-born family therapists to connect across cultural differences: a thematic analysis. *J Marital Fam Ther* 42(1):123–138
- Owen J, Tao K, Leach MM, Rodolfa E (2011) Clients' perceptions of their psychotherapists' multicultural orientation. *Psychotherapy* 48(3):274–288
- Rößner-Ruff V, Friedrich K, Hoins D, Krieger J, Graef-Callies IT (2017) Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem – Ein „best-practice“-Beispiel. *IZPP Int Z Philos Psychosom* 2:1–12
- Schlehe J (2006) Kultur, Universalität und Diversität. In: Wohlfahrt E, Zaumseil M (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S 51–57
- Schouler-Ocak M (2015) Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Nervenarzt* 86(11):1320–1325
- Schouler-Ocak M (2020) Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In: Genkova P, Riecken A (Hrsg) Handbuch Migration und Erfolg. Springer, Wiesbaden, S 567–587 https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6_33
- Statistisches Bundesamt (2019) Jede vierte Person in Deutschland hatte 2018 einen Migrationshintergrund – 52 % der Menschen mit Migrationshintergrund sind deutsche Staatsangehörige. Pressemitteilung. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19_314_12511.html. Zugegriffen: 15. Juli 2020
- Steinhaeuser T, Schödwel S, Auckenthaler A (2016) Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *VPP* 48(1):23–39
- Steinhäuser T, Martin L, von Lersner U, Auckenthaler A (2014) Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *Psychother Psychosom Med Psychol* 64:345–353
- Tao KW, Owen J, Pace BT, Imel ZE (2015) A meta-analysis of multicultural competencies and psychotherapy process and outcome. *Am Psychol Assoc* 62(3):337–350
- Wampold BE (2011) Qualities and actions of effective therapists. <http://www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf>. Zugegriffen: 15. Juli 2018
- Wampold BE, Imel ZE (2015) The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. Routledge, London
- Watson P, Raju P, Soklaridis S (2017) Teaching not-knowing: strategies for cultural competence in psychotherapy supervision. *Acad Psychiatry* 41(1):55–61
- Weck F, Hautzinger M, Heidenreich T, Stangier U (2010) Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen. *Z Klin Psychol Psychother* 39(4):244–250
- Welsch W (2010) Was ist eigentlich Transkulturalität? In: Darowska L, Lüttenberg T, Machold C (Hrsg) Kultur, Bildung und Differenz in der Universität. transcript, Bielefeld, S 39–66
- Williams M (2002) Generalization in interpretative research. In: May T (Ed) Qualitative research in action. Sage, London, pp 125–143
- Witzel A (1985) Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (Hrsg) Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen. Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Beltz, Heidelberg, S 255–277
- Witzel A (2000) Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 1(1). <http://qualitative-research.net/fqs> [00-05-20]
- Wohlfahrt E, Hodzic S, Özbek T (2006) Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfahrt E, Zaumseil M (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer, Heidelberg, S 143–167
- Yakeley J, Johnston J, Adshad G, Allison L (2016) Medical psychotherapy. University Press, Oxford

Publikation 5

Steinhäuser, T., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2016). Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47 (1), 63-76.

Zwischen Verständnis und Enttäuschung

Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben

Theresa Steinhäuser, Steffen Schödwell & Anna Auckenthaler

Zusammenfassung: Untersuchungen weisen darauf hin, dass die psychosoziale Versorgung von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in Deutschland bislang nur unzureichend ist. Man weiß aber nur wenig darüber, wie sie selbst die Versorgung einschätzen und erleben. Der vorliegende Beitrag versucht diese Lücke zu schließen: Auf der Basis von elf problemzentrierten Interviews mit Klienten mit Migrationshintergrund, die Erfahrungen mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung in Deutschland gemacht haben, wird aufgezeigt, wie diese die Behandlung erleben, was für sie hilfreich ist und wo sie Probleme sehen. Es wird dafür plädiert, diese Erfahrungen und Einschätzungen in künftige Überlegungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland einzubeziehen.

Schlüsselwörter: Klientenperspektive, psychosoziale Versorgung, Migration, Grounded Theory

Between understanding and frustration: how clients with migration background experience psychosocial care in Germany

Abstract: In Germany a number of studies have revealed quantitative and qualitative deficits in psychosocial care of clients with migration background. However, little is known about how the clients themselves experience and evaluate the system of psychosocial care existing in Germany. The present study aims at closing this gap: On the basis of eleven problem-focused interviews with clients with migration background, who have experience with various institutions providing psychosocial care in Germany, it will be described how they experienced the treatment, what they considered helpful and which problems they encountered while in treatment. Recommendations for future developments in the field of psychosocial care of people with migration background in Germany should take into account their experiences and perspectives on treatment and psychosocial care.

Keywords: client perspective, psychosocial care, migration, grounded theory

Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Bedarf, Herausforderungen, Lösungsansätze

In Deutschland lebten im Jahr 2013 nach offiziellen Angaben rund 16 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund¹. Sie machen damit knapp

ein Fünftel der Gesamtbevölkerung aus (19,7%; Statistisches Bundesamt, 2014). Entgegen früherer Überlegungen, dass bereits der Migrationsakt selbst ein hohes Risiko für eine psychische Erkrankung birgt, wird heute angenommen, dass diese vereinfachende Sichtweise der komplexen Migrationsrealität nicht gerecht wird (vgl. Machleidt & Heinz, 2011; Sieben & Straub, 2011; Sluzki, 2010). Untersuchungen zeigen vielmehr, dass Migration und Gesundheit keinen eindeutig negativen Zusammenhang aufweisen. Offenbar führt eine Migration vor allem dann zu seelischen Belastungen, wenn sie mit Benachteiligung in unterschiedlichen Lebensbereichen einhergeht (Gavranidou & Abdallah-Steinkopf, 2007). Migration sollte daher eher als ein „Lebensereigniskomplex“ angesehen werden, der

¹ Die „Gruppe“ der *Menschen mit Migrationshintergrund* umfasst laut Statistischem Bundesamt „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 6).

verschiedene miteinander verknüpfte migrations-spezifische Faktoren und Prozesse beinhaltet (Kizilhan, 2011, S. 21). Das Risiko für eine seelische Belastung variiert in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Migrationsstatus, sozioökonomischem Status, Aufenthaltsdauer, gruppenspezifischen sowie individuellen Migrationsmotiven und jeweiligen Wahrnehmungs- und Deutungsmustern vor, nach und während der Migration (Sieben & Straub, 2011).

Aktuelle Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund

Die wenigen aktuellen Untersuchungen zur Inanspruchnahme von psychosozialen Versorgungseinrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund lassen auf eine Fehlversorgung dieser Zielgruppe schließen (Glaesmer et al., 2009; Koch, Hartkamp, Siefen & Schouler-Ocak, 2008; Lindert, Priebe, Penka, Napo, Schouler-Ocak & Heinz, 2008; Schouler-Ocak et al., 2010). Offenbar kann von einer Überversorgung im Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen und bei ambulanten Arztbesuchen (vor allem Hausarztkontakten) sowie in Bezug auf apparative Diagnostik und medikamentöse Behandlungen (Brucks & Wahl, 2003) ausgegangen werden (d. h. es werden in diesen Einrichtungen mehr Menschen mit Migrationshintergrund behandelt, als aufgrund ihres Anteils in der Bevölkerung zu erwarten ist). Eine Überversorgung lasse sich weiterhin für forensische sowie für Intensivbehandlungen konstatieren. Gleiches gelte auch für Langzeitbehandlungen (Koch et al., 2008). Eine *Unterversorgung* wurde hingegen im Bereich psychosomatischer und ambulanter psychotherapeutischer oder tagesklinischer Behandlungsangebote beobachtet (Koch, Küchenhoff & Schouler-Ocak, 2011; Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007). Auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden offenbar von Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen, als aufgrund ihres Anteils in der Bevölkerung zu erwarten wäre (Kobelt, Göbber & Petermann, 2011; Mösko, Gil-Martinez & Schulz, 2012). Weiterhin wurden kürzere Verweildauern, seltenere reguläre Beendigungen der Behandlung, dafür entsprechend häufigere Notfallinterventionen und unfreiwillige Behandlungen beobachtet (Machleidt et al., 2007) als bei Klienten² ohne Mi-

grationshintergrund. Überweisungen aus dem Bereich der somatischen Medizin in die Psychiatrie oder in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung erfolgten – wenn überhaupt – zu spät, bei bereits bestehender Chronifizierung (Koch, 2005). Einschränkend sei jedoch angemerkt, dass die genannten Untersuchungen aufgrund methodischer Mängel kritisiert und ihre Repräsentativität in Frage gestellt wurde: So sei teilweise versäumt worden, soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationsgeneration, Aufenthaltsstatus und insbesondere sozioökonomischen Status zu kontrollieren (Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006; Schenk et al., 2006). Auch die heterogene Verwendung des Begriffs „MigrantIn“ beziehungsweise „Mensch mit Migrationshintergrund“ wurde problematisiert, da die Bezeichnung fälschlicherweise die Existenz einer definierten und in sich homogenen Gruppe suggeriere (Borde & David, 2011; vgl. Steinhäuser, Martin, von Lersner & Auckenthaler, 2014).

Gründe für die Fehlversorgung

Für die beobachtete Fehlversorgung werden unterschiedliche Faktoren verantwortlich gemacht. Zum einen werden Barrieren beim Zugang zu psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund angenommen (z. B. fehlende Übersetzungshilfen von Informationsbroschüren über Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen; Bär, 2011); auch die Sorge vor Verständigungsschwierigkeiten halte möglicherweise Menschen mit Migrationshintergrund von der Aufnahme einer Behandlung ab (Machleidt et al., 2007). Zum anderen leide die Qualität der Behandlung selbst, z. B. aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten in Anamnese, Diagnostik und Therapie; das könnte den Befund erklären, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger fehldiagnostiziert werden (Al-Saffar, Borgå, Wicks, & Hällström, 2004; Haasen, Yagdiran, Mass & Krausz, 2000; Penka, Schouler-Ocak, Heinz & Kluge, 2012). Neben sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten werden jedoch auch kulturell unterschiedliche Krankheitskonzepte bei Klienten (Penka, Krieg, Hunner & Heinz, 2003) sowie Vorbehalte und Unsicherheiten auf Seiten der Behandelnden als Gründe für die Fehlversorgung diskutiert (Calliess, 2006; Fernando, 2010; Wohlfahrt, Hodzic & Özbek, 2006).

Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung

Der Leitidee folgend, dass jeder Mensch – unabhängig von Herkunftssprache und -kultur – An-

² Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag, sofern sich keine geschlechtsneutralisierende Alternative anbietet, für die Bezeichnung geschlechtergemischter Personengruppen das generische Maskulinum verwendet.

spruch auf bestmögliche Beratung und Versorgung hat (Bundeskonzferenz der Ausländerbeauftragten, 2002, zitiert nach Gün, 2009), gibt es mittlerweile zahlreiche Überlegungen und Ansätze, um die Versorgungssituation für Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern (Kluge, 2013; Machleidt et al., 2007). Entsprechend wurden verschiedene Leitlinien als allgemeine Qualitätsstandards für den Bereich der psychosozialen Versorgung ausgearbeitet (z. B. die Sonnenberger Leitlinien, Machleidt, 2002). Die darin enthaltenen Forderungen beziehen sich einerseits auf institutionelle Veränderungen (z. B. die Bildung multikultureller und multiprofessioneller Behandlungsteams durch eine vermehrte Einstellung von Behandlern und Behandlerinnen mit Migrationshintergrund oder zusätzlichen Sprachkenntnissen sowie die Förderung von Dolmetschereinsätzen), andererseits auf die Qualifikation des Personals. Außerdem wird den so genannten transkulturellen Kompetenzen von Mitarbeitern in (psychosozialen) Gesundheitsberufen eine immer größere Bedeutung beigemessen (Bär, 2011; Erim & Senf, 2002; Mösko, Baschin, Längst & von Lersner, 2012; Wimmer-Puchinger, Wolf & Engleder, 2006) und eine Erweiterung von Aus-, Fort- und Weiterbildung um transkulturelle Inhalte angestrebt. Wenn auch bislang noch nicht genau geklärt ist, was diese Kompetenzen für den psychosozialen Bereich beinhalten sollten (Steinhäuser et al., 2014), so liegt doch vielen Lösungsansätzen die Auffassung zugrunde, dass es etwas Neuartiges oder Spezifisches brauche, um die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern (u. a. Lanfranchi, 2010). Das könnte auch damit zusammenhängen, dass man sich nach wie vor uneinig ist, ob und inwiefern bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Umstände berücksichtigt werden sollten (Spallek & Zeeb, 2010).

Offene Fragen

Auffallend ist, dass in die bisherigen Überlegungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Klienten mit Migrationshintergrund nur selten die Perspektive der betroffenen Klienten einbezogen wurde. Die wenigen Untersuchungen zur Perspektive von Klienten mit Migrationshintergrund und ihren Erfahrungen in transkulturellen Behandlungssituationen (Hodgetts & Wright, 2007; Pope-Davis et al., 2002) konzentrieren sich bisher auf nur wenige Aspekte, beispielsweise darauf, wie wichtig für Klienten die ethnische Übereinstimmung mit ihrem Behandler ist (Pope-Davis et al., 2002). Die Ergeb-

nisse dieser Untersuchungen sind widersprüchlich. Zwar sprechen einige Untersuchungsergebnisse dafür, dass Klienten mit Migrationshintergrund Therapeutinnen und Therapeuten bevorzugen, die selbst auch einen Migrationshintergrund haben (Möske et al., 2012) beziehungsweise der gleichen Ethnie angehören (Cabral & Smith, 2011; Gün, 2006). Andere Untersuchungen zeigten hingegen, dass es für Klienten offenbar entscheidender ist, dass Behandelnde sich des Einflusses ethnischer Differenzen auf die Therapie bewusst sind und eine offene, nicht wertende Haltung gegenüber religiösen Themen einnehmen (Bohart & Wade, 2013; Weatherhead & Daiches, 2010), oder dass ein gleicher ethnischer Hintergrund mit dem Therapeuten von den Klienten sogar weder für wichtig befunden wurde noch einen Einfluss auf die Therapiezufriedenheit hatte. Diese schien dagegen vor allem mit der vom Klienten wahrgenommenen Empathie des Therapeuten und mit dem Eindruck des Klienten zusammenzuhängen, dass der Behandelnde die eigene Weltsicht teilt (Knipscheer & Kleber, 2004).

Die genannten Befunde erinnern an die Befunde der Psychotherapieforschung, wonach ein Psychotherapieerfolg vor allem dann zu erwarten ist, wenn der Klient sich vom Therapeuten empathisch verstanden, respektiert und ernst genommen fühlt. Gemeinsam mit der aktiven Beteiligung des Klienten am therapeutischen Prozess gilt die Qualität der therapeutischen Beziehung – wahrgenommen aus der *Klientenperspektive* – als entscheidender Prädiktor für den Therapieerfolg (Bachelor, 1991; Elliott & James, 1989; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Längst weiß man, dass sich die Einschätzungen der Therapeuten und Klienten hinsichtlich ihrer Beziehung und bezogen auf den Therapieprozess durchaus unterscheiden (Bachelor, 2013; Elliott & James, 1989), längst weiß man zudem, dass sich die Kriterien, die von den Klienten zur Bewertung einer Psychotherapie herangezogen werden, nicht unbedingt mit den Erfolgskriterien der Psychotherapieforschung decken. So zeigte sich z. B., dass es Klienten keineswegs nur um eine Symptomverbesserung zu gehen scheint, die in der Forschung meist als entscheidendes Erfolgskriterium herangezogen wird, sondern dass Aspekte wie (wieder)gewonnene Möglichkeiten zur gesellschaftlichen und sozialen Teilhabe, verbesserte Beziehungsfähigkeit und Selbstachtung als besonders wünschenswert erachtet werden (Bohart & Wade, 2013). Für Klienten scheint die konkrete Nützlichkeit der therapeutischen Erkenntnisse, das Gefühl, verstanden und in den Behandlungsprozess einbezogen zu werden, sich wohl-

zufühlen und persönlichen Kontakt zu haben, besonders wichtig zu sein (Bachelor, 2013; Llewelyn, 1988; Timulak, 2007), während Behandler offenbar besonderen Wert auf die Einsicht in die Ursachen von Problemen legen (Llewelyn, 1988). Auch die Zufriedenheit der Klienten mit einer Behandlung scheint nicht ausschließlich vom Behandlungsergebnis abzuhängen: Unzufriedenheit ergab sich häufiger durch das Gefühl, dass Behandler den Klienten nicht verstanden, unzuverlässig schienen oder nicht die Ziele des Klienten verfolgten (Hannöner, Dogs & Kordy, 2000). Umgekehrt bewerteten Klienten es als positiv, wenn der Behandler eigene Ansichten zurücknahm, sich an der Sichtweise der Klienten orientierte und sich auf dessen Bezugsrahmen einließ (Duncan & Moynihan, 1994; Hapke-meyer, Dresenkamp & Soellner, 2008).

Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Klienten mit Migrationshintergrund nicht allein auf der Basis der Ideen von Professionellen zu entwickeln, sondern auch die Perspektive der betroffenen Klienten einzubeziehen: Welche Erfahrungen machen Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund mit der psychosozialen Versorgung in Deutschland und wie bewerten sie die Versorgungsangebote? Wie schätzen sie selbst den Zugang zum psychosozialen Versorgungssystem ein? Wie erleben und bewerten sie den Behandlungsverlauf? Was erleben sie als hilfreich? Welche Schwierigkeiten nehmen sie wahr und wie gehen sie mit diesen Schwierigkeiten um? Was kritisieren sie, und welche Implikationen ergeben sich aus der Kenntnis ihrer Erfahrungen für eine klientenorientierte Verbesserung der Versorgung?

Methodisches Vorgehen

Basis der folgenden Ausführungen sind elf problemzentrierte Interviews mit Klienten mit Migrationshintergrund. Problemzentrierte Interviews (Witzel, 1985) ermöglichen eine Eingrenzung auf das Thema, das untersucht werden soll, durch die Verwendung eines Leitfadens. Der hier verwendete Leitfaden wurde nach den von Helfferich (2011) vorgeschlagenen Prinzipien entwickelt. Es wurden vier offene Fragen formuliert, die einen Erzählstoß zu einem Themenfeld geben (z. B. „Können Sie mir über Ihre Erfahrungen in der Behandlung erzählen? Was haben Sie als hilfreich und unterstützend empfunden?“) und mögliche Nachfragen (z. B. „Was würden Sie gern verändern?“) sowie konkrete Fragen zu spezifischen

Themen („Was hat aus Ihrer Sicht dazu beigetragen, dass Sie die Behandlung abgebrochen haben?“) vorab festgelegt, die bei Bedarf gestellt werden konnten.

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über verschiedene psychosoziale Einrichtungen (Tagesklinik, offene Psychiatriestation, Ambulanz verschiedener Psychotherapie-Ausbildungsinstitute, ambulante Psychiatrie- und Psychotherapiepraxen, Psychiatrische Institutsambulanzen). Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach dem Prinzip der minimalen und maximalen Kontrastierung von Fällen, wodurch eine möglichst große Heterogenität der Stichprobe und damit ein größtmögliches Spektrum an Informationen erreicht werden sollte. Die Befragten unterschieden sich hinsichtlich der folgenden Merkmale: Alter, Geschlecht, Migrationsstatus, Migrationsland, Migrationsgeneration, Sprachkenntnis, Art der psychosozialen Belastung, Dauer der Inanspruchnahme und Art der Inanspruchnahme (siehe Tabelle 1). Sämtliche Personennamen, Orts-, Straßen- und Stadtteilbezeichnungen sowie die Versorgungseinrichtungen wurden bereits während der Transkription und Auswertung der Interviews anonymisiert.

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach den Prinzipien der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998). Vor dem Hintergrund des theoretischen Vorverständnisses wurden durch offenes, axiales und selektives Kodieren sukzessive Kategorien gebildet und fortlaufend am empirischen Material validiert.³ Überprüft wurde das Kategoriensystem entsprechend den Empfehlungen zur Konzeptbildung, zum permanenten Vergleich, der Bildung minimaler und maximaler Kontraste sowie dem kontinuierlichen Schreiben und Auswerten von Memos während des gesamten Untersuchungszeit-

³ Eine zentrale Technik der Auswertung ist das Kodieren, wobei bestimmte Passagen oder Worte mit „(vorläufigen) Abstraktions- und Benennungsideen“ (Breuer, 2010, S. 74) versehen werden – so genannten Kodes. Im Sinne des Konzept-Indikator-Modells (z. B. Strauss, 1994) wird angenommen, dass die kodierten Textstellen die sichtbaren Indikatoren für dahinterliegende Konzepte sind, die interpretativ erschlossen werden. Alle Interviews wurden nacheinander zuerst auf diese Weise kodiert und auf interessante „Vorfälle“ (Mey & Mruck, 2010, S. 619) hin untersucht. Im weiteren Auswertungsprozess wurden die Kodes sukzessive durch Zusammenfassen, Sortieren und Fokussieren zu Kategorien weiterentwickelt, die ständig durch Hinzunahme neuen Datenmaterials überprüft, ausdifferenziert sowie die Beziehungen der Kategorien zueinander herausgearbeitet wurden.

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe

	Geschlecht (M/W)	Alter zum Zeitpunkt des Interviews	Zeitpunkt der Migration	Migrationsland der Klienten bzw. der Eltern der Klienten	Art der psychosozialen Belastung*	Dauer der Inanspruchnahme (zum Zeitpunkt des Interviews)	Art der Inanspruchnahme
IP1A	M	42	In Deutschland geboren; Eltern aus der Türkei nach Deutschland migriert	Türkei	Depressionen, Suizidgedanken	3 Jahre	Psychiatrie (geschlossen, offen), ambulante PT, Beratungsstelle, Krisenberatung
IP2A	W	42	Als Erwachsene	Venezuela	PTBS nach Überfall	1 Jahr	Psychiatrie (offene Station), ambulante PT
IP3A	W	59	Als Jugendliche	Kroatien	Depressionen, chronische Schmerzen	3 Jahre	Psychiatrie (offene Station), Psychosomatik, ambulante PT, Ergotherapie
IP4A	W	24	Als Säugling	Türkei	familiäre Probleme	7 Jahre	Familienhilfe, Beratungsstelle, Psychiatrie (offene Station)
IP5A	M	38	Als Erwachsener	Bangladesch	Schizophrenie	4 Jahre	Psychiatrie (offene Station), ambulante PT, Tagesklinik, Krisenberatung
IP6A	W	28	In Deutschland geboren; Eltern aus Chile nach Deutschland migriert	Chile	Identitätsprobleme, familiäre Probleme	1 Jahr	Psychiatrie (offene Station), ambulante PT, Beratungsstelle, Krisenberatung, Ergotherapie
IP7A	W	48	Als Kind	Türkei	Depression	5 Jahre	Psychiatrie (geschlossene Station), ambulante PT, Reha-Maßnahme, Beratungsstelle, Krisenberatung, Ergotherapie
IP8A	W	43	Als Erwachsene	Serbien	keine Angaben**	keine Angaben**	Psychiatrie (geschlossen) und Tagesklinik, Psychiatrische Institutsambulanz
IP9A	W	24	In Deutschland geboren; Eltern aus der Türkei nach Deutschland migriert	Türkei	Unruhezustände	2 Monate	Psychiatrie (geschlossene & offene Station), Tagesklinik
IP10A	M	35	Als Erwachsener	Spanien	Depression	6 Monate	Ambulante PT
IP11A	W	32	In Deutschland geboren; Eltern aus Taiwan migriert	Taiwan	Depressionen, familiäre Probleme	2 Jahre	Ambulante PT

Anmerkungen: * Es wurden die Angaben der Klienten übernommen.
 ** Die Interviewpartnerin machte zu diesen Punkten keine Angaben.

raums (Glaser & Strauss, 1998; Mey & Mruck, 2010). Die Materialsammlung und -analyse wurde so lange fortgesetzt, bis Datensättigung erreicht war, das heißt, bis die herausgearbeiteten Kategorien sich wiederholten und im Zuge weiterer Vergleichsprozesse keine zusätzliche Variation gefunden werden konnte (Mey & Mruck, 2010; Strauss & Corbin, 1996). Die Auswertung der Interviews erfolgte im Austausch mit einem Forscherteam, das sich aus fünf Teilnehmern unterschiedlicher Disziplinen zusammensetzte (Ethnologie, Regionalwissenschaften, Soziologie und Psychologie). Die disziplinübergreifende Zusammensetzung der Auswertungsgruppe sollte eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Perspektiven sichern.

Ergebnisse

Wie die Interviewten die psychosoziale Versorgung erleben und bewerten, scheint in den Kontext einer sehr grundlegenden Erfahrung eingebettet zu sein, die Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland offenbar immer wieder machen: der Erfahrung, nicht dazuzugehören. Ausnahmslos gaben die Befragten an, in verschiedenen Lebensbereichen immer wieder den Eindruck zu haben, nicht dazuzugehören beziehungsweise sich einen „Platz“ erst (unter Inkaufnahme von z. T. großen Anstrengungen) erarbeiten zu müssen. Einerseits gehöre man oft nicht dazu, weil man zur „Gruppe“ der Menschen mit Migrationshintergrund gehöre:

„Hier kriegt jeder sozusagen einen Stempel und diesen Stempel wird man nicht mehr los, also ... ich bin jetzt schon die zweite Generation in Deutschland, meine Kinder sind schon in der dritten Generation und meine Kinder werden immer noch als Türken angesehen. Und das ist so schade, das ist so traurig.“ (IP1A, 302)⁴

Andererseits fühlten sich die Befragten aufgrund ihrer psychischen Erkrankung vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen. Das macht die Vorbehalte und Sorgen verständlich, die dem Zugang zu psychosozialen Versorgungseinrichtungen im Wege stehen (s. u.): Man befürchtet, dann noch weniger dazuzugehören.

Im Folgenden wird zunächst auf den Zugang zur Behandlung und wahrgenommene Barrieren

bei der Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen eingegangen. Anschließend werden die Erfahrungen dargestellt, welche die Befragten, einmal im Versorgungssystem angekommen, mit Behandlern, anderen Klienten und den Einrichtungen einerseits, mit ihrem eigenen Heilungsprozess andererseits machten. Dabei wird auch geschildert, was die Befragten während ihrer Behandlung als hilfreich, was als schwierig erlebten. Mit „Behandlung“ sind in diesem Beitrag sämtliche (in Tabelle 1 aufgeführte) von den Befragten in Anspruch genommene Angebote der psychosozialen Versorgung gemeint.

Erfahrungen beim Zugang zur psychosozialen Versorgung

Professionelle Hilfe wird erst in Anspruch genommen, wenn klar wird, dass der Belastung nicht länger Stand gehalten werden kann, ist dann aber häufig mit starken Versagensgefühlen (alle Anstrengungen haben nicht geholfen) verbunden sowie mit der Sorge, dann noch weniger dazuzugehören als ohnehin schon. Darüber hinaus geben die Befragten an, sie hätten vor der Aufnahme einer Behandlung gezögert, weil ihnen sowohl Wissen über ihre Probleme als auch über geeignete Anlaufstellen und Hilfemöglichkeiten gefehlt habe. Ein weiteres Problem stellt offensichtlich auch das Fehlen von Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten dar.

Vorbehalte und Ängste

Deutlich wird, dass die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe sehr ambivalente Gefühle auslöst. Mehrfach gaben Befragte an, sie seien es gewohnt, sich anzustrengen und alles alleine zu schaffen, sodass sie zunächst lange dachten, auch diese Krise alleine zu bewältigen. Hilfe anzunehmen seien sie nicht gewohnt, Behandlungsbedürftigkeit wird als Makel, Konfrontation mit der eigenen Minderwertigkeit und dem Gefühl, versagt zu haben, erlebt. Beispielsweise berichtet eine Interviewpartnerin, dass sie das Gefühl habe, der Behandler sei „besser“ als sie, da er ja keiner Behandlung bedürfe: „... die Person mir gegenüber, also die da sitzt, ist halt besser, weil es ihr nicht passiert ist“ (IP2A, Z263).

Der Gang zum Psychologen oder zum Psychiater ist also offensichtlich schambesetzt und mit Sorge vor Stigmatisierung und Ausgrenzung verbunden: „... also in meinen Kreisen, dass kaum einer oder niemand, äh, zum Psychologen oder Psychiater gehen würde, weil das irgendwie gleich

⁴ Die ausgewählten Zitate wurden, wo nötig, zugunsten einer besseren Lesbarkeit sprachlich geglättet.

heißt, äh ... die hat nicht alle beisammen“ (IP3A, Z122). Vor allem aber scheint dadurch das Grundgefühl, nicht dazugehören, das in allen Interviews durchscheint, verstärkt zu werden: Jetzt nicht mehr nur deshalb, weil man ein Mensch mit Migrationshintergrund ist, sondern zusätzlich auch deshalb, weil man jemand mit einer psychischen Erkrankung und damit erst recht vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen ist. Neben der Angst, „gestört“ zu sein oder als gestört wahrgenommen zu werden, berichten Interviewteilnehmer u. a. auch von der Sorge, ihre Arbeit zu verlieren, wenn klar wird, dass sie behandlungsbedürftig sind. Bei vielen Befragten kommt die Befürchtung dazu, ob sie mit dem teilweise sehr diffusen Leiden, das sie bei sich selbst erleben, von Behandlern überhaupt verstanden werden: „Aber meine Befürchtung war halt, dass man mich dann wieder“ (lacht etwas) „nicht versteht, obwohl ich normal irgendwie, korrekt Deutsch spreche und eigentlich irgendwie mich artikulieren kann“ (IP11A, Z65).

Im Rückblick sind sich alle Befragten einig, dass sie zu lange gezögert hätten, bevor sie sich in Behandlung begeben haben. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Versorgungssystem wüssten sie heute besser, an wen sie sich wenden könnten. Im Falle einer erneuten Krise würden sie sich daher sehr viel früher in Behandlung begeben. Einem Freund oder Angehörigen würden sie raten, sich frühzeitig in Behandlung zu begeben: „Gleich Hilfe suchen, nich’ verzögern, nich’ Angst haben, damit geht noch schlechter. Alleine – alleine kommen die nich’ durch“ (IP5A, Z340).

Fehlendes Wissen

Den Befragten fehlt einerseits Wissen über die Art ihres Problems – so beklagt z. B. ein Befragter, er habe gar nicht gewusst, was er eigentlich habe und deshalb so lange keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen –, andererseits das Wissen über Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland, wobei die Befragten hier vor allem soziale Gründe anführten. So sei Wissen über Versorgungsmöglichkeiten „meistens halt nur gebildeten Leuten zugänglich“ (IP11A, Z127). Andererseits sei das Versorgungssystem im Herkunftsland ganz anders strukturiert.

Informationen über Behandlungsmöglichkeiten erhielten die Befragten über informelle Gespräche mit Bekannten oder ebenfalls betroffenen Familienangehörigen und anschließender Recherche im Internet. Umfangreich seien diese Informationen jedoch nicht gewesen, teilweise beinhalteten sie auch Falschinformationen und hätten zunächst in die Irre geführt. Bemängelt wurde u. a., dass man als Inan-

spruchnehmer keine Informationen über eigene Rechte erhalte, z. B. vor einer Entscheidung für einen bestimmten Psychotherapeuten zunächst mehrere konsultieren zu können. Darüber hinaus wird von Befragten Hilfe bei der Recherche nach der „passenden“ Behandlung gewünscht.

Fehlende Wahlmöglichkeiten und mangelnde Aufklärung

Die Befragten berichten darüber, dass sie nicht die Möglichkeiten hatten, zwischen mehreren Angeboten zu wählen, sondern nehmen mussten, was „frei“ war: „Und oft hat man auch gar nicht die Möglichkeit, eben zu entscheiden. Eigentlich kann man immer froh sein, dass man überhaupt ne Stelle findet, die einen nimmt“ (IP1A, Z270). Viele Einrichtungen hätten sie von vornherein abgewiesen oder auf lange Wartelisten gesetzt, wobei die Befragten angaben, über die Gründe für die Abweisung im Unklaren gelassen worden zu sein. Einige gaben an, gedacht zu haben, dass man sie aufgrund ihres Migrationshintergrundes nicht hätte aufnehmen wollen, und glauben, dass Nicht-Migranten beim Zugang bevorzugt würden. So betont beispielsweise ein Befragter den Wunsch nach fairen Behandlungsbedingungen, andere schienen durch die Absage oder die langen Wartezeiten das Gefühl gehabt zu haben, dass man ihnen wenig Interesse entgegenbringe und fühlten sich abgeschohen: „Na, es ist halt auch schwierig. Also ich hab auch sehr lange, eben halt auch ... suchen müssen und ... viele Einrichtungen ... waren nicht sehr professionell, um das mal so zu sagen. Also, man wird auch viel rumgereicht.“ (IP1A, Z75). Für die meisten Befragten blieb offensichtlich lange offen, ob sie an der „richtigen Stelle“ gelandet seien und nun eine entsprechende Behandlung für ihre Probleme erfahren würden. Diese Unsicherheit habe auch im Verlauf der Behandlung noch lange fortbestanden, begleitet von dem Zweifel, ob sich das Leiden auf diese Weise lindern lasse und man den Behandlern hinsichtlich ihrer Behandlungsvorschläge und Prognosen überhaupt vertrauen könne. Deutlich wurde immer wieder, dass die Befragten sich entweder nicht trauten, entsprechende Fragen zu stellen, da sie das Gefühl hatten, den Dienstablauf zu „stören“, oder aber die Ausführungen der Behandler (sprachlich) nicht verstanden.

Erfahrungen in der Behandlung

In den Gesprächen mit den Interviewten werden die Verblüffung und das Staunen, aber auch die Ent-

täuschung und die Anstrengung deutlich, die die Erkenntnis mit sich bringt, dass die Behandlung viel Zeit und Kraft benötigt: „Aber ich merke, es ist einfach ein richtig langer Weg“ (IP6A, Z53). Es wird von langen Behandlungsverläufen in den unterschiedlichsten Einrichtungen berichtet, von den Belastungen, die damit verbunden seien, immer wieder neue Behandlungsversuche starten zu müssen („genau, diese Tortur noch mal machen. Und das war halt überhaupt nicht schön“; IP11A, Z17) und vom Gefühl, permanent in Behandlung zu sein („Zum Arzt war ich ja ständig“; IP5A, Z61). Dazu kommen Herausforderungen und Zumutungen durch das neue Setting und die unvertrauten Herangehensweisen der Behandler: „Und da hab’ ich auch erst, die erste Woche gesagt: Nee, hier bleibst du nich’ lange!“ (IP7A, Z11). Es brauche aber viel Zeit und Vertrauen, um sich öffnen zu können. Auch die Beobachtung chronisch Erkrankter wird als belastend, mitunter sogar als schockierend erlebt: „die kriegen dann Tabletten und irren hin und her und das ist schwierig. Viele haben ja auch gar kein Haus oder so was. Die leben ja einfach richtig dort.“ (IP6A, Z81). Die Sorge, keine Linderung der Beschwerden zu erfahren, wird nicht nur durch die Konfrontation mit chronisch Kranken genährt, sondern auch durch ausbleibende Fortschritte in der eigenen Behandlung: „Ja, hatte ich die, äh, so Gefühl, die Leute oder die Ärzte, die Leute wollten mir helfen, aber die können mir nich’ helfen“ (IP5A, Z59). Manchmal bleibt auch nach jahrelangen Behandlungsbemühungen der Erfolg aus und Betroffene müssen ernüchert feststellen: „Es hat sich im Endeffekt mit meinem Leben nicht viel verändert. Also ich hatte quasi dann so Zeit für mich, die, das war ganz gut. Aber im Alltag hat sich nicht viel verändert“ (IP6A, Z19).

Die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten scheinen von den Befragten auch darauf zurückgeführt zu werden, dass Behandler oft überlastet wirken. So wird z. B. von Situationen berichtet, in denen Behandler nicht auf einen weinenden Klienten eingehen konnten, weil einfach keine Zeit gewesen sei. Auffallend ist, dass die Befragten für das Personal und deren Überlastung ausnahmslos Verständnis aufbringen: „In diesen sozialen Jobs, diesen sozialen Bereichen ... ist mir das ganz doll aufgefallen, dass die Leute sich sehr bemüht haben, einfach, dass es ein sehr anstrengender Job war“ (IP6A, Z61).

Was in der Behandlung als hilfreich erlebt wird

Die Angaben dazu, was die Interviewten im Behandlungsverlauf als hilfreich wahrgenommen und positiv bewertet haben, lassen sich vier Kategorien zuordnen:

- ▶ das Bemühen der Behandler spüren und ernst genommen werden
- ▶ einen „menschlichen“ Behandler erleben
- ▶ begleitet werden und Zugehörigkeit erleben
- ▶ Neues erfahren und zu neuen Erkenntnissen gelangen.

Das Bemühen der Behandler spüren und ernst genommen werden

Auf die Frage, was in der Behandlung geholfen habe, ist eine Antwort besonders häufig: zu spüren, dass andere sich um einen bemühen. Das zeige sich z. B. in der Zeit und Geduld, die Behandler für ihre Klienten aufbringen, oder darin, dass sie Extramühen und Anstrengungen in Kauf nehmen, um den Klienten in gute Hände weiterzuvermitteln („Ja. Und wirklich interessiert. Hat zig Telefonate geführt, eben für mich eine Stelle zu finden ...“; IP1A, Z284); oder im individuellen Eingehen auf die Belange des Klienten: „Und er hat sich auch Zeit genommen. Das war ja nicht Massenabfertigung oder schnell, schnell, schnell“ (IP3A, Z62). Dem Behandler individuell bekannt zu sein, sei wichtig. Es schaffe Vertrauen und vermittele das Gefühl, nicht einfach nur „irgende ne Nummer“ (IP1A, Z282) zu sein.

Einen weiteren Hinweis auf das ernst gemeinte Bemühen der Behandler sehen die Befragten darin, wenn spontan improvisiert wird, wenn man z. B. spontan einen Termin bekommt, weil die Symptomatik sich verschlechtert. Es sei ein gutes Gefühl, wenn die Behandlung nicht einem „festen Plan“ folge, sondern auf die Bedürfnisse und das aktuelle Befinden abgestimmt werde. Das impliziert den Wunsch nach Ansprechbarkeit und (räumlicher und zeitlicher) Erreichbarkeit der Behandler, nach Kontakt und räumlicher Nähe zum Personal („... dass die Pflegekräfte und sonst was eben nicht nur halt in ihrem Kabuff sitzen und sozusagen die Zeit totschlagen ...“; IP1A, Z210). Ernst genommen werden zeige sich auch darin, dass der Behandler die eigene Lebensgeschichte kennt und sich wirklich für die eigene Person interessiere. IP10A findet dafür passende Worte: „Is’ hilfreich, weil, ich weiß, dass er kennt eigentlich schon mein, mein – mein History sozusagen, ne? Und das war eigentlich schon für mich überraschend, ne? Ich meine, er kennt die Namen von jeder Person, das ich in diese sechs Monaten gesprochen habe.“ (IP10A, Z154).

Einen „menschlichen“ Behandler erleben

In dieser Kategorie sind Aussagen zusammengefasst, in denen die Befragten beschreiben, dass sie in der Behandlung einen offenen und authentischen Be-

handler als angenehm empfunden haben. Es helfe, zu sehen, dass der Behandler „menschlich“ sei:

„Also ganz oft hat sie gesagt, das weiß ich jetzt gerade nicht und hat sich im Computer oder aus nem Buch schlau gemacht ... und das ist für mich immer ein Zeichen, dass sie eben menschlich ist ... und auch signalisiert, man kann nicht alles wissen.“ (IP1A, Z282)

Es schaffe Vertrauen und baue das Gefühl von Minderwertigkeit ab. An dieser Aussage wird auch deutlich, dass es für die Befragten offenkundig weniger darum geht, dass Behandler ein fundiertes Wissen haben, sondern um den Kontakt, um die Begegnung miteinander und das Gefühl, von Mensch zu Mensch zu sprechen. Sympathie sei viel wichtiger als das Gefühl, dass Behandler „professionell“ seien. Der Umgang mit dem Nicht-Wissen sei besonders wichtig: dazu stehen, zuhören, nicht so tun, als ob man wüsste, was man vielleicht nicht wissen kann. Umgekehrt sei es schwierig, wenn der Therapeut die Erfahrungen der Klienten in einem anderen Land nicht zur Kenntnis nehme, wie eine Befragte erzählt: „Ich fand das schwierig. Es hat mich auch nicht so zur Ruhe gebracht. Weil ich wollte ja auch nicht, dass der das teilt, weil wenn er das nicht kennt, ist das ja okay, aber, dass er es einfach zur Kenntnis nimmt“ (IP6A, Z191). Und sie beschreibt, dass eigene Erfahrungen, zum Beispiel in einem anderen Land, manchmal vielleicht beim Behandler vor-schnell das Gefühl entstehen lassen, er wisse, wie es seiner Klientin gehe und wie sie empfinden mag:

„Er hat aber selber aber in Lateinamerika gelebt. Und er dachte, glaube ich, dass er da sehr aufgeklärt ist ... Ich finde es halt schwer, auch Leuten aus Deutschland manchmal zu erklären, wieso für mich Dinge soundso sind und wieso ich mich anders fühle, wenn – – – und dann wollen mir die deutschen Leute oft so wissenschaftlich oder immer mit irgendwelchen Beweisen erklären, nein, es ist so. Immer gibt's Beweise dafür. Und daran halten die sich fest, an den Beweisen.“

Es scheint von den Befragten eher als hilfreich erlebt zu werden, wenn die unterschiedlichen (Kultur-) Hintergründe der Interakteure in einem offenen Dialog besprochen werden können, wenn Klienten erst einmal erzählen können – und dass diese Unterschiedlichkeit einander nicht automatisch auseinander bringe. Eher sei es befremdlich, wenn Behandler

meinen, aufgrund von theoretischem Wissen oder Reiseerfahrungen zu wissen, wie der Klient fühlt:

„Ich hatte ja einen Therapeuten, dem habe ich immer versucht, Dinge zu erklären, und der hat mir das alles widerlegt und widersprochen und immer gesagt, nee, das ist nicht so. Und für mich waren es aber Sachen, die in meinem Gefühl einfach waren. Also, weil ich so aufgewachsen bin oder von einer anderen Kultur bin.“ (IP6A, Z183)

Offenbar geht es darum, wie die eigenen Erfahrungen von Behandlern dem Klienten vermittelt werden und, dass ihm das „Experte in eigener Sache sein“ nicht abgenommen wird.

Dass ein menschliches Miteinander sehr geschätzt wird, drückt sich auch in dem Wunsch aus, in akuten Krisensituationen beispielsweise auch einmal in den Arm genommen zu werden.

Begleitet werden und Zugehörigkeit erfahren

Vor dem Hintergrund des bereits beschriebenen, häufig benannten Eindrucks, nicht dazuzugehören, scheint es besonders nachvollziehbar, dass die Erfahrung, in der Behandlung begleitet zu werden und dazuzugehören, als sehr hilfreich benannt wurde. So ist in stationären Settings von „Flurgesprächen“ mit anderen Betroffenen die Rede, bei denen man sich über die eigene Belastung und die eigene (kulturell verschiedene) Lebensgeschichte informell viel intensiver austauschen könne. Gerade diese Gespräche hätten ein gutes Gefühl vermittelt, weil man offen auch zur eigenen Kultur gefragt werde. Das komme bei Behandlern selten vor. Es sei auch mehr Kontakt und Nähe zu anderen Betroffenen möglich, was als sehr wohltuend empfunden wurde. Zu Behandlern gebe es häufig eine emotionale Distanz. Auch Behandler können aber als Begleiter erlebt werden: Wenn sie den Klienten ihr eigenes Entwicklungstempo und Einflussnahme auf den Behandlungsprozess zugestehen, ihnen also die Möglichkeit lassen, selbst zu entscheiden, ob sie ein bestimmtes Angebot annehmen möchten oder nicht:

„Und nicht, dass ich irgendwo hingehge und mich diese Person ... ummodell oder ich denke, okay, ich mach jetzt alles, wie der Therapeut sagt, und dann werde ich schon den richtigen Weg fahren. ... aber sie hat mich gelassen. Also, sie hat nicht versucht, mich jetzt übertrieben zu motivieren oder sonst was. ... und jetzt verstehe ich, also ist mir bewusst, dass das alles nur

Hilfen sind, und ich aber meinen Weg für mich selber finden muss. Dass es mir gut geht.“ (IP6A, Z105, 349, 107)

Neues erfahren und zu neuen Erkenntnissen gelangen

Eine Behandlung in Anspruch genommen zu haben, scheint für die Befragten im Nachhinein schon deshalb bereichernd gewesen zu sein, weil sie damit eine neue Erfahrung gemacht haben. Es sei eine völlig neue Erfahrung gewesen, mit Fremden über sich selbst zu sprechen. Dabei den eigenen Horizont zu erweitern, zu neuen, anderen Perspektiven zu gelangen, sei sehr hilfreich und habe eine neue innere Freiheit ermöglicht. Die Behandlung wird aber auch deshalb positiv bewertet, weil sie mehr sei als nur die Arbeit an den Symptomen. Sie biete auch die Chance, etwas Neues zu lernen, zum Beispiel über Kulturen, oder die eigene Sprachfähigkeit im Rahmen der Behandlung zu verbessern.

Was in der Behandlung als schwierig erlebt wird

Auch die Schwierigkeiten, die von den Klienten im Rahmen der Behandlung wahrgenommen wurden, und die Kritik, die sie an der Behandlung haben, lassen sich wieder vier Kategorien zuordnen:

- ▶ Technologisches Vorgehen
- ▶ Verständigungsprobleme
- ▶ Ausgrenzungserfahrungen
- ▶ Spezialangebote.

Technologisches Vorgehen

Besonders große Schwierigkeiten scheinen die Interviewten damit zu haben, dass die Behandlung aus ihrer Sicht häufig zu „technisch“ ablaufe, d. h. dass sie nicht individuell auf den einzelnen Klienten abgestimmt werde, sondern nach einem vorgegebenen Muster verlaufe. So wird zum Beispiel angeführt, dass die technische Sprache der Behandler als neu und schwierig empfunden werde und dass das Verstehen der Behandler manchmal aufgesetzt wirke. Vor allem aber sei der menschliche Kontakt zu kurz gekommen:

„Wir haben jeden zweiten Tag so Papier Formulare bekommen zum Ausfüllen. Und das wurde alles angekreuzt. Und dadurch wurde das ausgewertet. Und dann hat man halt dement-sprechend die Statistikdiagnose oder mein Profil oder Krankheitsbild erarbeitet. Es hat wirklich total gefehlt – menschlicher Kontakt.“ (IP3A, Z41)

Technisches, schematisches Vorgehen erzeuge Gefühle von Einsamkeit und bestätige mitunter die Erwartung, ohnehin ausgeschlossen zu sein. Hinzu kämen Differenzen in Bezug auf Erwartungen, die Klienten an den Behandler herantragen, und den Vorstellungen des Behandlers. Man fühle sich oft abgefragt, obwohl man doch ganz gern einfach erzählt hätte:

„Naja, es ist oft so, dass die, also dass die ausländischen Leute, wenn die zum Arzt gehen, dann erzählen sie erstmal, wie es denen geht, was zu Hause ist, woher es kommen könnte. Und den Arzt interessiert vielleicht nur, okay, welche genauen Symptome haben Sie? Also es ist eine ganz andere Abfrage.“ (IP6A, Z343)

Dieses Abfragen erzeuge Befremden und Distanz. Über dem professionellen Vorgehen bleibe manchmal die emotionale Nähe auf der Strecke: „Es ist halt eine Sache die professionelle Hilfe und die andere ist diese emotionale Distanz, die man auch zu den Leuten hat“ (IP6A, Z181). Das Vorgehen der Behandler sei oft so starr, dass Klienten kaum eigene Entscheidungsmöglichkeiten hätten, was Gefühle des Zwangs und des Nichternstgenommenwerdens zur Folge haben kann: „Es wurde mir einfach so zugewiesen. Und ich hab’ das so empfunden, als würde es mir auf-, aufgezwungen werden halt.“ (IP11A, Z35). Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, stelle sich z. B. dann ein, wenn der Behandler ständig auf die Uhr schaue oder gar mit dem Rücken zum Klienten am PC sitze und den Klienten gar nicht anschau. Es werde aber auch dadurch ausgelöst, dass häufig eine angemessene Aufklärung über die Behandlung fehle: Vieles, was in der Behandlung vor sich gehe, werde aus Zeitgründen gar nicht mehr erklärt, vor allem die Wirkweise von Medikamenten. Mehrere Befragte berichten, sie hätten sich nicht getraut, nachzufragen, weil sie gespürt hätten, dass Mitarbeiter keine Zeit gehabt hätten, und sie die vorgegebenen Abläufe lieber nicht stören wollten. Teilweise werde dadurch jedoch fatalerweise am Klienten und dessen Anliegen vorbei behandelt.

Verständigungsprobleme

Die Befragten berichten sowohl davon, sich nicht verstanden zu fühlen, als auch davon, sich nicht angemessen ausdrücken zu können. Dabei wird auffallend selten von reinen Sprachproblemen berichtet, sondern vor allem das Erleben von kulturell bedingten Grenzen der Verständigung problemati-

siert. Das eigene Erleben lässt sich gegenüber den Behandlern offensichtlich schwer in Worte fassen („Dieses Seelische und, und dieses, ähm ja, was halt anders is’ einfach, das Kulturelle. ... Und ich muss das halt immer wieder erklären, weil es halt nich’ verstanden wird, warum das so is’“; IP11A, Z67) und es sei schwierig, sich als die Person, die man ist, zu zeigen:

„Ja. Zum Beispiel ich bin ein ganz, äh, ironischer Mensch auf Spanisch. Ich mag ganz gerne schwarzen Humor. Und das auf Deutsch funktioniert bei mir nich’. Ja, aber ich ... Ironie und Humor, ich meine, das sind eigentlich schon kleine Sachen von einer Person.“ (IP10A, Z55)

Das Gefühl, sich nicht so zeigen und ausdrücken zu können, wie man wirklich sei, und sich unverstanden zu fühlen, sei bedrückend, mache hilflos und verleite zum Rückzug: „Also, selten jemand hat mich überhaupt verstanden. Und dann hab’ ich mich logischerweise dann immer mehr zurückgezogen“ (IP3A, Z68).

Alle Befragten lehnten die Einbeziehung eines Dolmetschers in die Behandlung ab. Die Gründe dafür scheinen vielfältig zu sein. Ein Grund sei der Zeitfaktor, denn es dauere alles viel länger und man habe vor allem Sorge, dass man durch diese Form der Extrabehandlung die vorgegebenen Abläufe des Behandlungsalltags störe. Außerdem sei zu befürchten, dass die Beziehung zum Behandler durch einen Dritten gestört werden könnte. Diese Einschätzungen sind gleichwohl weder durch eigene Erfahrungen noch durch Berichte von anderen Klienten gestützt: Keiner der Befragten hatte selbst einen Dolmetscher im Verlauf der Behandlung (und das völlig unabhängig vom Sprachniveau) in Anspruch genommen, und nur wenige gaben an, je einen Dolmetscher bei anderen Klienten erlebt zu haben.

Ausgrenzungserfahrungen

Verständlicherweise erleben es Klienten als besonders bedrückend, wenn zu den – mitunter möglicherweise bis dahin unterschwellig – Gefühlen des Ausgeschlossenenseins offene Ausgrenzungserfahrungen kommen.

Solche Erfahrungen mit Diskriminierung aufgrund ihres Migrationshintergrundes werden sowohl beim Zugang zur psychosozialen Versorgung als auch während der Behandlung – sowohl durch Behandler selbst als auch durch andere Klienten – gemacht. Beispielsweise beschreibt eine Interviewte, die wegen einer Traumafolgestörung eine Behand-

lung aufnehmen wollte, dass ein Psychiater sich über sie lustig gemacht habe, weil für sie Überfälle in ihrem Herkunftsland doch an der Tagesordnung seien. Er habe sie nicht in die Behandlung aufnehmen wollen und sie ohne Weitervermittlung weggeschickt. Auch aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen oder (Extra-)Wünschen fühlten sich die Befragten mitunter vorschnell abgefertigt:

„Also durch diese Sprachbarriere oft werden die anders behandelt, weil die erst mal länger brauchen, um zu reden, zweitens vielleicht irgendwas benötigen, was für den Arzt oder den Pädagogen vorhin vielleicht gar nicht von Wichtigkeit ist. Dann werden die schnell abgewendet oder so.“ (IP6A, Z341)

Ein Befragter berichtet, es fielen schon hin und wieder spitze Bemerkungen: „Zum Beispiel: noch ein Schwarzkopf. Wenn man eben neu dazu kommt“ (IP1A, Z406), eine andere Befragte gibt an, es habe ihr schon zugesetzt, als eine andere Klientin in einer Angstgruppe gesagt habe, „... dass die Ausländer alle gefährlich sind“ (IP2A, 194), und wieder eine andere erzählt, dass sie sich einmal sehr ausgeschlossen gefühlt habe, als in einer ambulanten Gruppentherapie eine andere Klientin dafür plädiert habe, die Deutschen sollten in der Gruppe beim Sprechen Vorrang haben. Allerdings habe der Anleiter in der Gruppe sofort die Gleichberechtigung aller Teilnehmer betont und sich auf ihre Seite gestellt.

Spezialangebote

In Bezug auf spezialisierte Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund im psychosozialen Bereich zeigten sich unterschiedliche Meinungen. Teilweise äußerten die Befragten Zweifel und Skepsis gegenüber solchen Angeboten. Keine der befragten Personen gab an, ein solches Angebot in Anspruch genommen zu haben. Mehrere Befragten äußerten sich sogar äußerst kritisch gegenüber solchen Spezialangeboten: „Wenn jemand so was spezifisch braucht, das bedeutet: Behinderte“ (IP2A, Z143). Mehrere Befragte gaben an, solche Angebote unter keinen Umständen in Anspruch nehmen zu wollen, aus der Sorge heraus, durch derartige Angebote (noch mehr) ausgegrenzt zu werden.

Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die Bedürfnisse beim Zugang offenbar anders gelagert sind: Hier äußerten die Befragten mehrfach, dass sie sich Informationsmaterialien über Versorgungsmöglichkeiten in verschiedenen Sprachen sowie Materialien

über Ursachen von seelischen Belastungen (auch zum Weiterreichen an Angehörige) wünschen würden. Weiterhin regten die Befragten an, eine erste Anlaufstelle vorzuschalten, in der Mitarbeiter mit verschiedenen Sprachkenntnissen über weitere Versorgungsmöglichkeiten aufklären und beispielsweise über Klientenrechte informieren.

Diskussion

Während in bisherigen Überlegungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nur selten die Perspektive der betroffenen Klienten einbezogen wurde, kamen in der vorliegenden Untersuchung die Klienten selbst zu Wort: Welche Erfahrungen machen sie mit der psychosozialen Versorgung in Deutschland? Welche Barrieren stehen aus ihrer Sicht dem Zugang zu psychosozialen Versorgungseinrichtungen im Weg und wie erleben und bewerten sie die Versorgungsangebote, die sie in Anspruch genommen haben?

Wie schon in früheren Studien zur psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung, dass Klienten erst sehr spät eine Behandlung in Anspruch nehmen. Die Klienten dieser Untersuchung sahen die Gründe für die späte Inanspruchnahme vor allem in folgenden Barrieren: eigene Vorbehalte und Ängste (z. B. die Sorge, stigmatisiert und/oder nicht verstanden zu werden), fehlendes Wissen (über die Art des Problems und über Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland) und strukturelle Aspekte (wie fehlende Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Anlaufstellen, lange Wartezeiten und mangelnde Aufklärung). Teilweise decken sich diese Gründe mit den Befunden früherer Studien (Bär, 2011; Machleidt et al., 2007). Allerdings wurden aus diesen Ergebnissen bislang andere und weniger weitreichende Schlussfolgerungen gezogen. Während sich zahlreiche Verbesserungsvorschläge von Forschern und Praktikern bislang vor allem auf die Erweiterung der Behandlerteams um muttersprachliches Personal, Förderung von Dolmetschereinsätzen und Schulung des Personals in so genannten transkulturellen Kompetenzen konzentrierten, machen die befragten Klienten in dieser Untersuchung vor allem auf strukturelle Defizite und knappe Kapazitäten im Versorgungssystem aufmerksam: zu wenig Behandlungsplätze, zu wenig und teilweise überlastetes Personal, zu wenig Zeit für den einzelnen Klienten. Es fehle an Aufklärungsbroschüren und Informationsmaterialien über Behand-

lungsmöglichkeiten, Ursachen von Störungen und die Rechte von Klienten. Auch die Wartelisten und Wartezeiten vor Aufnahme einer Behandlung seien viel zu lang. Die Tatsache, dass sie nicht darüber aufgeklärt wurden, wie lange sie zu warten hatten bzw. dass mit Wartezeiten zu rechnen sei, führte bei den Befragten nicht selten zu Resignation, dem Gefühl, persönlich abgewiesen zu werden (als Mensch mit Migrationshintergrund) und im schlimmsten Fall auch dazu, dass Bemühungen um eine Behandlungsaufnahme unterlassen wurden. Hier könnten Aufklärung über die derzeitige Versorgungssituation sowie Angaben zur Dauer der Wartezeit Missverständnissen und Kränkungen im Vorfeld vorbeugen und Klienten unnötige Zeitverzögerungen ersparen.

Über Defizite im Versorgungssystem hinaus wird von den befragten Klienten die teilweise fehlende (Allgemein-) Bildung der Inanspruchnehmenden als eine weitere Barriere auf dem Weg zur psychosozialen Versorgung benannt. Es fehle bereits in der Schule an angemessener (sprachlicher) Förderung. Das lenkt den Blick auf einen Aspekt, der in der (psychologischen und medizinischen) Fachliteratur zur Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bislang selten diskutiert wurde. Offenbar müssten aus Sicht von Klienten Verbesserungsmaßnahmen der (psychosozialen) Versorgung sehr viel früher ansetzen als beim Zugang ins Versorgungssystem, nämlich bereits beim gleichberechtigten Zugang zu allgemeinen Bildungsressourcen. Daraus folgt, dass es aus Sicht von Klienten keineswegs genügt, den Zugang zum Versorgungssystem zu verbessern und Behandlerteams multiprofessioneller oder „multikultureller“ zu machen. Nachhaltige Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsbedingungen für Menschen mit Migrationshintergrund müssten daher viel früher ansetzen und vor allem auch von Seiten der Politik unterstützt werden.

Aus der Tatsache, dass alle Befragten angaben, sich zukünftig früher in Behandlung zu begeben und dies auch einem Freund empfehlen würden, lässt sich schließen, dass sie bei aller Kritik auch gute Erfahrungen mit der Behandlung gemacht und offenbar durch aktive Auseinandersetzung mit den vorgefundenen Bedingungen einen individuellen Umgang mit diesen gefunden haben.

Neigte man bisher dazu, die Fehlvorsorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit Faktoren wie sprachlichen Schwierigkeiten oder kulturell unterschiedlichen Krankheitskonzepten bei Klienten in Verbindung zu bringen, scheinen die befragten

Klienten diesen Faktoren nur wenig Bedeutung beizumessen. Auffällig selten wurden auch „kulturspezifische“ Bedürfnisse von Klientenseite als relevant für den Zugang zur Behandlung beziehungsweise für die Behandlung selbst sichtbar. So nannten die Klienten keinerlei spezifische Wünsche bezogen auf die Herkunft ihrer Behandler, wie andere Studien postulierten (vgl. Möske et al., 2012). Das könnte allerdings auch mit dem methodischen Vorgehen der vorliegenden Untersuchung zusammenhängen. Anders als in quantitativen Untersuchungen wurden die Klienten hier offen nach ihren Erfahrungen mit bzw. in der Behandlung gefragt.

Auch Fremdsprachenkenntnisse der Behandler wurden nicht erwartet oder gar gewünscht. Dazu passt auch, dass der Einsatz von Dolmetschern von keinem der Befragten in Anspruch genommen wurde und einige Klienten Dolmetschern sehr skeptisch gegenüberstanden. Zwar wurden in der vorliegenden Arbeit ausschließlich Personen mit zumindest geringen Deutschkenntnissen befragt. Andererseits wurden bei der Auswahl der Interviewpartner darauf geachtet, dass die Interviewpartner über unterschiedliche Sprachniveaus verfügten.

Dass die Befragten dem Einsatz von Dolmetschern teilweise eher kritisch gegenüberstehen, hängt offensichtlich u. a. damit zusammen, dass sie der Meinung sind, alles „Spezielle“ sei etwas für „Behinderte“ (IP2A, Z143). Zum einen kann aus dieser Aussage geschlossen werden, dass der Einsatz von Dolmetschern im deutschen Gesundheitssystem aus Klientensicht also nach wie vor eine Ausnahme darstellt und offensichtlich noch immer nicht selbstverständlich im Versorgungssystem implementiert zu sein scheint, was auch mit ihrer unklaren Finanzierung zusammenhängen dürfte. Zum anderen kann die Aussage dahingehend interpretiert werden, dass Spezialangebote im Allgemeinen schon deshalb kritisch betrachtet werden, weil sie einen Unterschied zwischen den Menschen machen, die Leistungen des psychosozialen Versorgungssystems in Anspruch nehmen. Es geht also aus Sicht der Befragten darum, Unterschiede möglichst klein zu halten, und sie wollen auch keine Extra-Wünsche anmelden – zumal ihnen immer wieder vor Augen geführt wird, dass ohnehin keine Zeit für Gespräche oder Fragen „außerhalb der Reihe“ ist, weil die Abläufe reibungslos zu funktionieren haben. Aber sie *haben* Wünsche, und zwar solche, die ein Verlassen festgelegter Strukturen erfordern und möglicherweise die Überlastung des Personals erhöhen: Wünsche nach persönlichem Kontakt und nach individuellem Eingehen auf ihre Bedürfnisse. Das

verlangt von den Behandlern, dass sie sich Zeit nehmen, sich engagieren und (auch) außerhalb festgelegter Abläufe arbeiten: Die befragten Klienten schätzten es, das Bemühen der Behandler zu spüren und von ihnen ernst genommen zu werden, dem Behandler persönlich bekannt anstatt „irgendeine Nummer“ (IP1A, Z282) zu sein. Räumliche und zeitliche Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit der Mitarbeiter werden als hilfreich empfunden sowie ein Miteinander, das weniger von professionellem Verhalten der Behandler geprägt ist als mehr von einem authentischen, „menschlichen“ Kontakt. So gehe es eben gerade nicht darum, dass die Behandler alles über das Herkunftsland des Klienten wissen, sondern darum, dass sie mit dem eigenen Nicht-Wissen offen umgehen, Fragen stellen anstatt Erklärungen abzugeben und dass sie sich auf die Erfahrungen des Klienten und dessen Sichtweise einlassen. Wo dies geschieht, fühlen sich die Befragten integriert und begleitet. Und das scheint für die Zufriedenheit mit der Behandlung wichtiger zu sein als bloße Symptomverbesserung.

Die von den hier befragten Klienten als hilfreich bewerteten Erfahrungen innerhalb der Behandlung passen zu den Ergebnissen der Psychotherapieforschung. Auch hier zeigte sich, dass sich Klienten einen persönlichen Kontakt zum Therapeuten wünschen und dass sie vom Therapeuten ernst genommen und empathisch verstanden werden wollen (Bachelor, 2013; Llewelyn, 1988; Timulak, 2007). Zu den Ergebnissen der Psychotherapieforschung passt auch, dass die hier befragten Klienten es als sehr hilfreich ansahen, im Rahmen der Behandlung etwas Neues zu lernen und zu neuen Erkenntnissen zu gelangen, und dass sie eine positive Bewertung der Behandlung vor allem an die Erfahrung von Zuwendung und einer offenen, nicht bewertenden Haltung gegenüber den eigenen Erfahrungen und der eigenen Sozialisation knüpfen (vgl. Bohart & Wade, 2013; Knipscheer & Kleber, 2004; Weatherhead & Daiches, 2010).

So ist es nur folgerichtig, dass die hier befragten Klienten dann mit der Behandlung unzufrieden waren, wenn sie „technisch“ verlief. Das Gefühl, nicht verstanden zu werden und nicht zu verstehen, schien in der vorliegenden Untersuchung weniger Folge mangelnder (Fremd-)Sprachenkenntnisse zu sein, sondern eher Resultat von Missverständnissen aufgrund unterschiedlicher Erwartungen an das Gespräch und die Behandlung selbst. Gerne hätten Klienten offenbar frei von sich und ihren Problemen erzählt, nahmen jedoch bei Behandlern Zeitdruck und Überlastung wahr und empfanden die Gespräche

teilweise als „Abfrage“. Mitunter hatte das technische, schematische Vorgehen in der Behandlung zur Folge, dass Klienten sich nicht trauten, Fragen zu Symptomen oder zur Behandlung zu stellen. Dies ist umso problematischer, als Zweifel an der Behandlung und Misstrauen gegenüber dem Behandlungspersonal auf diese Weise kaum begegnet werden kann. Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, wie hilfreich ein auf den Klienten abgestimmtes, individualisiertes Vorgehen in der Behandlung wäre und wie wirkungsvoll eine vorherige Aufklärung des Klienten über Behandlungsabläufe sowie eine gegenseitige Erwartungsklärung sein könnte.

Immer wieder wurden im Verlauf der Interviews Zweifel an der Zugehörigkeit zu für sie wichtigen gesellschaftlichen Bereichen und an Möglichkeiten zur gesellschaftlichen und sozialen Teilhabe (z. B. Bildungs- und Ausbildungsbereiche) geäußert. Die Befragten fühlten sich mitunter gleich im „doppelten“ Sinne ausgeschlossen: als Mensch mit Migrationshintergrund in Deutschland und als psychisch erkrankt. Sie beschrieben zum Teil starke Belastungen aufgrund von im Alltag und im Behandlungssetting erfahrenen Diskriminierungen. Deutlich wurde auch, wie sehr sie sich anstrengen mussten, um das Gefühl haben zu können, dazuzugehören, um einen Zugang zu den genannten Ressourcen zu erhalten. Diese Anstrengungen führten nicht selten auch ihrerseits zu psychischen Belastungen. Die Ergebnisse unterstreichen einmal mehr den Nutzen von präventiven Maßnahmen, die an den (gesellschaftlichen und sozialen) *Verhältnissen* ansetzen: So weisen uns die Befragten darauf hin, dass es nicht genügen kann, wenn Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung nur beim Gesundheitssystem selbst bzw. am einzelnen Mitarbeiter ansetzen. Vielmehr sehen sie Politik und Gesellschaft gleichermaßen in der Verantwortung, gleichberechtigte Bedingungen in wichtigen Lebensbereichen (z. B. Zugang zu Bildung) zu schaffen und Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit zu bekämpfen, um seelischen Belastungen und dadurch bedingten Behandlungsbedarf vorzubeugen.

Entsprechend sollte berücksichtigt werden, dass Behandlungsangebote, die sich explizit nur an Menschen mit Migrationshintergrund wenden, sogar unerwünschte Nebeneffekte haben können: Weil sich diejenigen, an die sich die Angebote richten, u. U. abgestempelt und/oder ausgegrenzt fühlen. Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund sollten daher in Zukunft auch daraufhin überprüft werden, ob Klienten sich bei der Inanspruchnahme von spe-

zialisierten Versorgungsangeboten ausgegrenzt fühlen könnten.

Für den Zugang zu (psychosozialen) Versorgungseinrichtungen allerdings wünschen sich die befragten Klienten etwas „Spezifisches“: Hier müssen Verbesserungsmaßnahmen zukünftig noch stärker darauf abzielen, auch Menschen mit wenig Sprachkenntnissen oder wenig Wissen über das Versorgungssystem aufzuklären und sie vor der Behandlungsaufnahme über ihre (Behandlungs-) Möglichkeiten und Rechte zu informieren, um mehr Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen zu ermöglichen.

Fazit und Ausblick

Beim Lesen der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung könnte an mehreren Stellen die Frage aufgekommen sein, was an den Wünschen und Bedürfnissen, die die Befragten äußerten, spezifisch für Menschen mit Migrationshintergrund sei. In der Tat problematisieren die hier befragten Klienten vor allem grundsätzliche Mängel der psychosozialen Versorgung in Deutschland und nennen, ebenso wie Klienten ohne Migrationshintergrund, Wünsche nach authentischen, interessierten Behandlern sowie einem individualisiertem Vorgehen in der Behandlung. Offenbar sehen die Befragten weniger Bedarf in spezialisierten Behandlungsangeboten oder speziell geschultem Personal.

Die vorliegende Arbeit untersuchte ausschließlich die Perspektive von Klienten auf die aktuelle Versorgungssituation. Interessant wäre es nun, der Perspektive der Klienten die Perspektive der Behandler (Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Krankenschwestern etc.) gegenüberzustellen: Welche Erfahrungen machen sie mit Klienten mit Migrationshintergrund?

Welche Vorschläge haben sie für eine Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund? Auch dabei sollte wieder eine offene Herangehensweise gewählt werden, bei der die Befragten frei von ihren Erfahrungen berichten können.

Effektive Maßnahmen für eine verbesserte Versorgung setzen aus Sicht der Befragten viel früher an, als erst beim Zugang zur psychosozialen Versorgung: nämlich beim gleichberechtigten Zugang zu wichtigen gesellschaftlichen und sozialen Lebensbereichen (z. B. Zugang zu Bildung), wobei hier vor allem Politik und Gesellschaft noch stärker in die Verantwortung genommen werden müssten als einzelne Mitarbeiter des Gesundheitssystems.

Literatur

- Al-Saffar, S., Borgå, P., Wicks, S. & Hällström, T. (2004). The influence of the patients' ethnicity, socio-demographic conditions and strain on psychiatric diagnoses given at an outpatient clinic. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 421–427.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28 (4), 534–549.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 118–135.
- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 5–10.
- Borde, T. & David, M. (2011). Ethnizität und Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 468–474). München: Urban & Fischer.
- Brucks, U. & Wahl, W. (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In T. Borde & M. David (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S. 15–35). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th Ed.) (pp. 219–257). New York: Wiley.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung in die Forschungspraxis* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cabral, R. R. & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58 (4), 537–554.
- Callies, I. T. (2006). Fort- und Weiterbildung in Transkultureller Psychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage zum Weiterbildungsbedarf. In W. Machleidt, R. Salman & I. T. Callies (Eds.), *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 127–140). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Duncan, B. L. & Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294–301.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443–467.
- Erim, Y. & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 47, 336–346.
- Fernando, S. (2010). Rassismus als institutioneller Prozess. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 69–78). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 36, 16–22.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Gravranidou, A. & Abdallah-Steinkopf, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 353–361.
- Gün, A. K. (2006). Einheimische und Inländer – Probleme bei bikulturellen psychotherapeutischen Behandlungen. In B. Strauss & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung* (S. 192–204). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gün, A. K. (2009). Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch* (S. 118–134). Stuttgart: Kohlhammer.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R. & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: A clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 125–129.
- Hannöver, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292–300.
- Hapkemeyer, J., Dresenkamp, A. & Soellner, R. (2008). Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 206–212.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hodgetts, A. & Wright, J. (2007). Researching clients' experiences: A review of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 157–163.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit.

- Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 873–883.
- Kizilhan, J. I. (2011). Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (1), 21–27.
- Kluge, U. (2013). *(Un)Sichtbare Dritte. Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Quantitative und qualitative Untersuchungen in Europa und Deutschland* (Unveröffentlichte Dissertation). Freie Universität Berlin.
- Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. (2004). A need for ethnic similarity in the therapist–patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental-health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543–554.
- Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 475–481.
- Koch, E. (2005). Chronifizierung durch Fehlversorgung. Psychosomatische Krankheiten in der psychiatrischen und hausärztlichen Versorgung türkischer Patienten. *Soziale Psychiatrie*, 29 (4), 20–23.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G. & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Der Nervenarzt*, 79, 328–339.
- Koch, E., Küchenhoff, B. & Schouler-Ocak, M. (2011). Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 489–498). Bern: Huber.
- Lanfranchi, A. (2010). Vom Kulturschock der Migranten zum Kulturschock der Professionellen: Migration als gelungener oder misslungener Transformationsprozess? *Psychotherapie Forum*, 2, 90–94.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 123–129.
- Llewellyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223–237.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 73, 1208–1212.
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Callies, I. T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 325–331.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (2011). Dynamische Modelle der Migration. In W. Machleidt & A. Heinz (Eds.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (pp. 33–42). München: Elsevier.
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 614–626). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möske, M.-O., Baschin, K., Längst, G. & von Lersner, U. (2012). Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung. *Psychotherapeut*, 57, 15–21.
- Möske, M.-O., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2012). Cross-cultural opening in German outpatient mental healthcare service: An exploratory study of structural and procedural aspects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 434–446.
- Orlinsky, D., Rønnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–389). New York: Wiley. (Deutsch erschienen 2013: *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. Tübingen: dgvt-Verlag.)
- Penka, S., Krieg, S., Hunner, C. & Heinz, A. (2003). Unterschiedliche Krankheitsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen. *Nervenarzt*, 74, 581–586.
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, 1168–1175.
- Pope-Davis, D. B., Toporek, R. L., Ortega-Villalobos, L., Ligiéro, D. P., Brittan-Powell, C. S. et al. (2002). Client perspectives of multicultural counseling competence: A qualitative examination. *The Counseling Psychologist*, 30, 355–393.
- Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H. et al. (2006). Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bun-*

desgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, 853–860.

- Schouler-Ocak, M., Bretz, H.J., Hauth, I., Montesinos, A.H., Koch, E., Driessen, M. & Heinz, A. (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen. Ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatrische Praxis*, 37 (8), 384–390.
- Sieben, A. & Straub, J. (2011). Migration, Kultur und Identität. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 43–53). München: Urban & Fischer.
- Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108–123). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Spallek, J. & Zeeb, H. (2010). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 58–68). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2014). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013*. Wiesbaden.
- Steinhäuser, T., Martin, L., Lersner, U. von & Auckenthaler, A. (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 64, 345–353.
- Strauss, A.L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Wilhelm Fink.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Forschung* (S. Niewiarra & H. Legewie, Trans.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17 (3), 305–314.
- Weatherhead, S. & Daiches, A. (2010). Muslim views on mental health and psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 75–89.
- Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H. & Engleder, A. (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 884–892.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–255). Weinheim: Beltz.
- Wohlfart, E., Hodzic, S., Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 143–167). Heidelberg: Springer.

Zu den AutorInnen

Theresa Steinhäuser, Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie; Psychotherapeutin in Ausbildung.

Steffen Schödwel, Klinischer Psychologe (M. Sc.) & Psychotherapeut in Ausbildung, Regionalwissenschaftler (B. A., Südostasien).

Anna Auckenthaler, Prof. Dr., von 1974 bis 1989 Universitätsassistentin bzw. Assistenzprofessorin am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, von 1989 bis 2013 Professorin an der Freien Universität Berlin, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie; Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin.

Korrespondenzadresse

Theresa Steinhäuser
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Anhang B Basismerkmale der Interviewteilnehmer

Basismerkmale Patienten mit Migrationshintergrund

	Geschlecht	Alter zum Zeitpunkt des Interviews	Zeitpunkt der Migration	Migrationsland der Klienten bzw. der Eltern der Klienten	Art der psychosozialen Belastung*	Dauer der Inanspruchnahme (zum Zeitpunkt des Interviews)	Art der Inanspruchnahme
IP1A	M	42	In Deutschland geboren; Eltern aus der Türkei nach Deutschland migriert	Türkei	Depressionen, Suizidgedanken	3 Jahre	Psychiatrie (geschlossen, offen), ambulante PT, Beratungsstelle, Krisenberatung
IP2A	W	42	Als Erwachsene	Venezuela	PTBS nach Überfall	1 Jahr	Psychiatrie (offene Station), ambulante PT
IP3A	W	59	Als Jugendliche	Kroatien	Depressionen, chronische Schmerzen	3 Jahre	Psychiatrie (offene Station), Psychosomatik, ambulante PT, Ergotherapie
IP4A	W	24	Als Säugling	Türkei	familiäre Probleme	7 Jahre	Familienhilfe, Beratungsstelle, Psychiatrie (offene Station)
IP5A	M	38	Als Erwachsener	Bangladesch	Schizophrenie	4 Jahre	Psychiatrie (offene Station), ambulante PT, Tagesklinik, Krisenberatung
IP6A	W	28	In Deutschland geboren; Eltern aus Chile nach Deutschland migriert	Chile	Identitätsprobleme, familiäre Probleme	1 Jahr	Psychiatrie (offene Station), ambulante PT, Beratungsstelle, Krisenberatung, Ergotherapie
IP7A	W	48	Als Kind	Türkei	Depression	5 Jahre	Psychiatrie (geschlossene Station), ambulante PT, Reha-Maßnahme, Beratungsstelle, Krisenberatung, Ergotherapie
IP8A	W	43	Als Erwachsene	Serbien	**	**	Psychiatrie (geschlossen) und Tagesklinik, Psychiatrische Institutsambulanz
IP9A	W	24	In Deutschland geboren; Eltern aus der Türkei nach Deutschland migriert	Türkei	Unruhezustände	2 Monate	Psychiatrie (geschlossene & offene Station), Tagesklinik
IP10A	M	35	Als Erwachsener	Spanien	Depression	6 Monate	Ambulante PT
IP11A	W	32	In Deutschland geboren; Eltern aus Taiwan migriert	Taiwan	Depressionen, familiäre Probleme	2 Jahre	Ambulante PT

Anmerkungen. M= Männlich, W= Weiblich; * Es wurden die Angaben der Klienten übernommen; ** Die Interviewpartnerin machte zu diesen Punkten keine Angaben.

Basismerkmale Behandler

Code	Geschlecht	Alter zum Zeitpunkt des Interviews	Berufliche Ausbildung	Aktuelles Arbeitsfeld	Berufserfahrung in Jahren	Eigener Migrationshintergrund	Anteil Patienten mit Migrationshintergrund
IP1	M	50	Psychologischer Psychotherapeut (VT)	Ambulante Praxis	15	Nein	20%
IP2	M	40	Dipl.Pädagoge Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Erziehungs- und Familienberatungsstelle	13	Ja (Türkei)	80%
IP3	M	59	Dipl. Psychologe, Soziologe (systemische Therapie)	Erziehungs- und Familienberatungsstelle (Jugendamt)	23	Ja (Türkei)	70%
IP4	M	55	Psychologischer Psychotherapeut (PA)	Ambulante Praxis	24	Nein	8%
IP5	W	57	Psychologischer Psychotherapeut (TP), Familientherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie	Ambulante Praxis	30	Nein	70%
IP6	W	53	Dipl. Soziologie; Dipl. Pädagogik; Master of Public Health; Familientherapie,	Ambulante Praxis	24	Nein	20%
IP7	W	56	Soziale Arbeit; Dipl.Pädagogik; Systemische Paar- und Familientherapie	Erziehungs- und Familienberatungsstelle	11	Nein	60%
IP8	W	45	Psychologischer Psychotherapeut (VT) Supervision; Gestalttherapie; DBT; Traumatherapie	Offene Psychiatristation	20	Nein	10%
IP9	W	34	Dipl. Soziologie; systemische Therapie	Erziehungs- und Familienberatungsstelle	5	Nein	5%
IP10	W	48	Psychologischer Psychotherapeut (VT); EMDR; Hypnotherapie	Ambulante Praxis	12	Nein	5%
IP11	M	59	Psychologischer Psychotherapeut (PA)	Geschlossene Psychiatristation	30	Nein	40%
IP12	M	41	Psychologischer Psychotherapeut (TP)	Ambulante Praxis	7	Nein	80%
IP13	M	55	Psychologischer Psychotherapeut (PA)	Geschlossene Psychiatristation	26	Nein	35%
IP14	W	65	Soziale Arbeit, Sozialpädagogik; systemische Therapie	Beratungsstelle	25	Nein	20%

IP15	M	47	Krankenpfleger; DBT Weiterbildung	Offene Psychiatriestation	20	Nein	50%
IP 16	W	62	Fachärztin Nervenheilkunde	Ambulante Praxis	32	Ja (Türkei)	25%
IP17	M	43	Krankenpfleger DBT Weiterbildung	Offene Psychiatriestation	25	Nein	20%
IP18	W	40	Krankenschwester mit psychotherapeutischer Weiterbildung	Offene Psychiatriestation	24	Nein	20%
IP19	W	41	Fachärztin für Nerven-heilkunde	Psychiatrische Institutsambulanz	6	Nein	15%
IP20	M	52	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrische Institutsambulanz	28	Ja (Ukraine)	30%
IP21	W	29	Psychotherapeutin Ausbildung (VT)	Akupsychiatrie	7 Monate	Ja (Usbekistan)	-
IP22	W	39	Psychotherapeutin Ausbildung (PA)	Offene Psychiatriestation	1	Ja (USA)	10%
IP23	W	30	Psychotherapeutin Ausbildung (PA)	Offene Psychiatriestation	5	Ja (Türkei)	-
IP24	M	34	Psychotherapeutin Ausbildung (TP)	Ambulanz des Ausbildungszentrums	3	Nein	-
IP25	W	28	Psychotherapeutin Ausbildung (VT)	Ambulanz des Ausbildungszentrums	4	Ja (Polen)	1%
IP26	W	28	Psychotherapeutin Ausbildung (VT)	Ambulanz des Ausbildungszentrums	2,5	Nein	5%
IP27	W	27	Psychotherapeutin Ausbildung (VT)	Ambulanz des Ausbildungszentrums	2,5	Nein	0%
IP28	M	27	Psychotherapeutin Ausbildung (Kinder- und Jugend; VT)	Offene Psychiatriestation	1	Ja (Tschechien)	-
IP29	W	31	Psychotherapeutin Ausbildung (Kinder- und Jugend; VT)	Offene Psychiatriestation	2	Ja (Tunesien)	-
IP30	W	43	Psychotherapeutin Ausbildung therapist (PA)	Psychotherapeutische Ambulanz	12	Ja (Ungarn)	10%

Anmerkungen. M= Männlich, W= Weiblich; VT= Verhaltenstherapie, TP= Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, PA= Psychoanalyse;

Anhang C Interviewleitfäden

Kurz-Leitfaden für Interview mit Behandlern

Persönliche Vorstellung und zeitlicher/ organisatorischer Rahmen

Zunächst einmal danke ich Ihnen sehr, dass Sie sich Zeit genommen haben, mit mir dieses Interview zu führen.

Ich habe für das Gespräch eine bis maximal anderthalb Stunden eingeplant. Je nachdem, wie viel Sie mir erzählen werden und wie viel Zeit Sie mitgebracht haben, können wir auch etwas früher abschließen. Wichtig ist mir, noch einmal zu betonen, dass ich selbstverständlich alle Aussagen, die Sie hier machen, vertraulich behandeln und Namen oder Orte, die Sie mir nennen, so anonymisieren werden, dass später keine Rückschlüsse von Dritten auf Sie oder die genannten Personen oder Orte möglich sind.

Haben Sie den Kurz-Fragebogen und die Einverständniserklärung ausgefüllt? Sonst können Sie das jetzt gern tun.

Ich habe mir ein paar Notizen mit Fragen auf diesem Blatt gemacht. Ich werde aber die Fragen nicht streng abarbeiten und nur bei Bedarf darauf schauen. Ich möchte Sie einladen, frei zu erzählen, was Ihnen einfällt. Es geht hier nicht um Richtig oder Falsch- mich interessiert Ihre ganz persönliche Sichtweise. Ich werde nachfragen, wenn ich etwas nicht verstehe oder ein Thema noch vertiefen möchte. Damit ich nicht während unseres Gesprächs alles mitschreiben muss, habe ich dieses Aufnahmegerät vorbereitet. Ich werde es nun anschalten, wenn Ihnen das Recht ist. Haben Sie noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann jetzt beginnen.

Bezugnahme zum Forschungsgegenstand

Aus meiner Email/Telefonkontakt/Brief wissen Sie bereits, dass mich interessiert, wie es Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung hier in Deutschland geht. Wie zufrieden sind sie mit der Behandlung? Mich würde interessieren, wie Sie persönlich die Situation einschätzen.

1. Einstiegsfragen

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen!	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkung en	Themen
------------------	---	---	---	---------------

	→ Formulierung anpassen			
<p>Vielen Dank, dass Sie zum Interview gekommen sind. Als erstes möchte ich Sie bitten, mir etwas über den Kontext Ihrer Arbeit zu erzählen.“</p>	<p>Anliegen der KlientInnen? Welche KlientInnen kommen?</p> <p>Was sind Ziele der Begleitung/ Behandlung?</p> <p>Aufgabengebiete?</p>	<p>Wenn nicht von selbst erwähnt: → Was genau verstehen Sie unter „Mensch mit Migrationshintergrund“? An wen denken Sie dabei? Beschreiben Sie mir einmal, wen Sie damit meinen... (ggf. Erklärung: sagen Sie ruhig mit ihren eigenen Worten, was sie selbst damit meinen. Mir ist nur wichtig, dass ich genau weiß, was Sie meinen/ dass wir über das Gleiche sprechen)</p> <p>Hier konkrete Angebote machen: z.B. nachfragen: Wenn „Türken“→ meinen Sie damit türkisch sprachige Menschen?</p>	<p>Und in diesem Kontext sehen Sie viele KlientInnen, die einen Migrationshintergrund haben?</p>	<p>Einstieg, Arbeitsumfeld & dortige Gepflogenheiten erfassen Begrifflichkeiten aufgreifen (Klient/ Patient; Begleitung/ Behandlung)</p>

2. Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit MH¹

Leitfrage → Formulierung anpassen	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen → Formulierung anpassen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Können Sie mir über Ihre Erfahrungen in der Begleitung/ Behandlung von Menschen mit MH erzählen? Erzählen Sie mir gern, wenn möglich, ganz konkrete Beispiele...</p>	<p>Was erlebt? Welche Einstellung?</p> <p>Welche Gedanken, welche Gefühle haben Sie im Umgang mit Menschen mit MH?</p> <p>Ist der MH während der Arbeit überhaupt präsent? Wie?</p> <p>Spielt der MH bzw. Kultur innerhalb der Therapie explizit/ implizit eine Rolle? Inwiefern?</p> <p>Ist etwas anders in der Begleitung von Menschen mit MH im Vergleich zu Menschen ohne MH? Was ist anders?</p> <p>Gibt es wiederkehrende Themen?</p> <p>Sprachliche Schwierigkeiten? Wenn Dolmetscher: wie funktioniert Arbeit mit „dritter Person“ im Raum?</p>	<p>→ Wenn vorhanden: Sie haben selbst einen Migrationshintergrund. Inwiefern spielt das für Ihre Arbeit mit KlientInnen eine Rolle? Spielt Ihr eigener MH überhaupt eine (explizite/ implizite) Rolle?</p> <p>Können Sie mir etwas darüber erzählen wie Sie die Beziehung zum Klienten/ zur Klientin im interkulturellen Kontext erleben?</p> <p>Wenn Begriff „Kultur“ bzw. „Mensch mit Migrationshintergrund“ genannt wird: was bedeutet das für Sie? (z.B. Meinen Sie, es liegt am MH oder an der Kultur?)</p>	<p>→ Können Sie mir ein Beispiel dazu nennen?</p> <p>→ was hat das in Ihnen ausgelöst...?</p> <p>→ Wie haben Sie darauf reagiert?</p> <p>→ Wie sind Sie damit umgegangen?</p> <p>→ Woran merken Sie das?</p> <p>→ Was ist wichtig(er)?</p> <p>→ Worin sehen Sie Schwierigkeiten/ Herausforderungen?</p> <p>→ Worin sehen Sie Chancen?</p>	<p>Positive & negative Erfahrungen</p> <p>WICHTIG: auf konkrete Beispiele achten</p> <p>Umgang und Handlungsimpulse</p> <p>Wahrgenommene Unterschiede zu Menschen ohne MH</p> <p>Frage nach ROTEM FADEN</p> <p>Explizite & implizite Relevanz des Kulturbegriffs</p>

¹ MH = Menschen mit Migrationshintergrund

3. Spezifischen Fertigkeiten/ Kompetenzen in der Begleitung von Menschen mit MH

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Welche Kompetenzen und Fertigkeiten sind Ihrer Erfahrung nach in der Arbeit mit Menschen mit MH besonders wichtig?</p>	<p>Inwiefern spielt Kultur eine Rolle? Was spielt evtl. größere Rolle?</p> <p>Wird ein spezifisches Wissen benötigt? Welches?</p> <p>Finden Sie, dass der Begriff relevant ist? Inwiefern?</p> <p>Wie müssten sich demnach MitarbeiterInnen im psychosozialen Bereich verhalten?</p> <p>Was sollte ein Training zu IK berücksichtigen?</p> <p>Werden andere „Werkzeuge“ von Ihnen in der Begleitung mit Menschen mit MH benötigt, als bei Menschen ohne MH (andere Anforderungen)?</p>	<p>Kennen Sie den Begriff interkulturelle/ transkulturelle Kompetenz? Was ist Ihrer Meinung nach darunter zu verstehen?</p> <p>Wird Definition gegeben: fragen, woher das Wissen stammt Wenn keine Idee, erkläre: es geht dabei darum, wie Menschen mit MH z.B. im psychosozialen Bereich angemessen begleitet werden können, weil es Untersuchungen gibt, die zeigen, dass Menschen mit MH viel seltener Hilfe in Anspruch nehmen.</p> <p>→ ggf. auch aufzeigen und konfrontieren, dass jemand, der aus einer anderen Bildungsschicht kommt, bzw. anders sozialisiert ist, auch sehr fremd sein kann, obwohl er nicht auf „den ersten Blick“ einen Migrationshintergrund hat</p> <p>gegen Ende ggf fragen: in vorherigen Interviews habe ich die Meinung gehört, dass IK bzw. spezifisches Wissen gar nicht so wichtig ist- was denken Sie darüber?</p>	<p>→ Was sollte beachtet werden?</p> <p>→ Was sollte man nicht tun?</p> <p>→ Was sollte man unbedingt tun?</p>	<p>Implizites Wissen zu IK Definition</p> <p>Implizites Wissen über Fertigkeiten/ Kompetenzen im interkulturellen Setting</p>

4. Wünsche/ Empfehlungen/ Perspektiven für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Nun haben wir schon viel über Ihre Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit MH gesprochen. Mich würde noch interessieren, ob Sie Empfehlungen für die Arbeit mit Menschen mit MH haben?</p>	<p>Was sollten angehende MitarbeiterInnen lernen/ beachten?</p> <p>Was würden Sie raten/ empfehlen?</p> <p>Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge?</p> <p>Was würden Sie sich für die Arbeit mit Menschen mit MH wünschen?</p>	<p>Wenn Thema angeschnitten wird: → Glauben Sie, dass es besser wäre, spezifische Angebote für Menschen mit MH bereit zu halten oder ist eine Integration in die bestehende Regelversorgung sinnvoller?</p> <p>Wie haben Sie sich ihr Wissen/ ihre Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit MH angeeignet? Wenn Training: → wie haben Sie das gefunden? → Was haben Sie dort gelernt? → Wie wurde Wissen erworben?</p>	<p>Hatten Sie die Möglichkeit, schon einmal ein Training zu IK zu machen? Wo erwarben Sie Informationen/ Wissen zum Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund?</p> <p>Ist das ein Thema im Kollegenkreis?</p>	<p>Verbesserungsvorschläge Wünsche Anregungen</p> <p>Training- was, wo & wie? Sinnvoll?</p> <p>Ist Thema im Arbeitskontext präsent?</p>

5. Abschluss

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsmerkungen	Themen
<p>Ich habe nun schon sehr viel gefragt und Sie haben mir viel erzählt. Ich möchte Sie zum Abschluss gern fragen:</p> <p>Haben wir alles, das Ihnen wichtig erscheint, besprochen oder gibt es noch etwas Wichtiges, das ich noch wissen sollte?</p>	<p>Haben Sie das Gefühl, dass noch etwas Wichtiges fehlt, das ich unbedingt noch wissen sollte?</p> <p>Vielleicht gibt es noch etwas anderes, das Ihnen am Herzen liegt...?</p>			<p>Ggf. Pointierung</p> <p>Abschluss</p> <p>Klären, ob Wichtiges vergessen wurde</p>

Dann möchte ich mich nun bei Ihnen für das Interview bedanken. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mir so ausführlich Auskunft zu geben.

Kurz-Leitfaden für Interview mit Psychotherapeuten in Ausbildung

Persönliche Vorstellung und zeitlicher/ organisatorischer Rahmen

Zunächst einmal danke ich dir sehr, dass du dir Zeit genommen hast, mit mir dieses Interview zu führen.

Ich habe für das Gespräch eine bis maximal anderthalb Stunden eingeplant. Je nachdem, wie viel du mir erzählst und wie viel Zeit du mitgebracht hast, können wir auch etwas früher abschließen. Wichtig ist mir, noch einmal zu betonen, dass ich selbstverständlich alle Aussagen, die du hier machst, vertraulich behandeln und Namen oder Orte, die du mir nennst, so anonymisieren werden, dass später keine Rückschlüsse von Dritten auf dich oder die genannten Personen oder Orte möglich sind.

Hast du den Kurz-Fragebogen und die Einverständniserklärung ausgefüllt? Sonst kannst du das jetzt gern tun.

Ich habe mir ein paar Notizen mit Fragen auf diesem Blatt gemacht. Ich werde aber die Fragen nicht streng abarbeiten und nur bei Bedarf darauf schauen. Ich möchte dich einladen, frei zu erzählen, was dir einfällt. Es geht hier nicht um Richtig oder Falsch- mich interessiert deine ganz persönliche Sichtweise. Ich werde nachfragen, wenn ich etwas nicht verstehe oder ein Thema noch vertiefen möchte. Damit ich nicht während unseres Gesprächs alles mitschreiben muss, habe ich dieses Aufnahmegerät vorbereitet. Ich werde es nun anschalten, wenn dir das Recht ist. Hast du noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann jetzt beginnen.

Bezugnahme zum Forschungsgegenstand

Aus meiner Email/Telefonkontakt/Brief weißt du bereits, dass mich interessiert, wie es Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung hier in Deutschland geht. Wie zufrieden sind sie mit der Behandlung? Mich würde interessieren, wie du persönlich die Situation einschätzt.

1. Einstiegsfragen

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Vielen Dank, dass du zum Interview gekommen bist. Du machst ja gerade deine Ausbildung- wie lange bist du schon dabei? Wo stehst du gerade?</p>	<p>An welchem Institut? Welches Verfahren?</p> <p>Was machst du derzeit? (ambulante vs. Psychiatrie)</p> <p>Kannst du mir erst einmal etwas über deine Arbeit erzählen?</p> <p>In welchem Kontext Menschen mit MH gesehen? Wer sind Patienten mit MH? Wer kommt vor allem?</p> <p>Anliegen der KlientInnen? Welche KlientInnen kommen?</p> <p>Was sind Ziele der Begleitung/ Behandlung?</p> <p>Aufgabengebiete?</p>	<p>Wenn nicht von selbst erwähnt: → Was genau verstehst du unter „Mensch mit Migrationshintergrund“? An wen denkst du dabei? Beschreiben Sie mir einmal, wen du damit meinst...</p> <p>(ggf. Erklärung: dag mir ruhig mit deinen eigenen Worten, was du selbst damit meinst. Mir ist nur wichtig, dass ich genau weiß, was du meinst/ dass wir über das Gleiche sprechen)</p> <p>Hier konkrete Angebote machen: z.B. nachfragen: Wenn „Türken“→ meinst du damit türkisch sprachige Menschen?</p>	<p>Und in diesem Kontext siehst du viele KlientInnen, die einen Migrationshintergrund haben?</p>	<p>Stand der Ausbildung?</p> <p>Welche Richtlinie?</p> <p>Einstieg, Arbeitsumfeld & dortige Gepflogenheiten erfassen Begrifflichkeiten aufgreifen (Klient/ Patient; Begleitung/ Behandlung)</p>

2. Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit MH

Leitfrage → Formulierung anpassen	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen → Formulierung anpassen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Kannst du mir über deine Erfahrungen in der Begleitung/ Behandlung von Menschen mit MH erzählen? Erzähl mir gern, wenn möglich, ganz konkrete Beispiele...</p>	<p>Was erlebt? Welche Einstellung?</p> <p>Welche Gedanken, welche Gefühle hast du im Umgang mit Menschen mit MH?</p> <p>Ist der MH während der Arbeit überhaupt präsent? Wie?</p> <p>Spielt der MH bzw. Kultur innerhalb der Therapie explizit/ implizit eine Rolle? Inwiefern?</p> <p>Ist etwas anders in der Begleitung von Menschen mit MH im Vergleich zu Menschen ohne MH? Was ist anders?</p> <p>Gibt es wiederkehrende Themen? Sprachliche Schwierigkeiten? Wenn Dolmetscher: wie funktioniert Arbeit mit „dritter Person“ im Raum?</p>	<p>→ Wenn vorhanden: Du hast selbst einen Migrationshintergrund. Inwiefern spielt das für deine Arbeit mit KlientInnen eine Rolle? Spielt der eigene MH überhaupt eine (explizite/ implizite) Rolle?</p> <p>→ Seit wann bist du in D.?</p> <p>Kannst du mir etwas darüber erzählen wie du die Beziehung zum Klienten/ zur Klientin im interkulturellen Kontext erlebst?</p> <p>Wenn Begriff „Kultur“ bzw. „Mensch mit Migrationshintergrund“ genannt wird: was bedeutet das für dich? (z.B. Meinst du, es liegt am MH oder an der Kultur?)</p>	<p>→ Kannst du mir ein Beispiel dazu nennen?</p> <p>→ was hat das in dir ausgelöst...?</p> <p>→ Wie hast du darauf reagiert?</p> <p>→ Wie bist du damit umgegangen?</p> <p>→ Woran merkst du das?</p> <p>→ Was ist wichtig(er)?</p> <p>→ Worin siehst du Schwierigkeiten/ Herausforderungen?</p> <p>→ Worin siehst du Chancen?</p>	<p>Positive & negative Erfahrungen</p> <p>WICHTIG: auf konkrete Beispiele achten</p> <p>Umgang und Handlungsimpulse</p> <p>Wahrgenommene Unterschiede zu Menschen ohne MH</p> <p>Frage nach ROTEM FADEN</p> <p>Explizite & implizite Relevanz des Kulturbegriffs</p>

3. Spezifischen Fertigkeiten/ Kompetenzen in der Begleitung von Menschen mit MH

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Welche Kompetenzen und Fertigkeiten sind deiner Erfahrung nach in der Arbeit mit Menschen mit MH besonders wichtig?</p>	<p>Inwiefern spielt Kultur eine Rolle? Was spielt evtl. größere Rolle?</p> <p>Wird ein spezifisches Wissen benötigt? Welches?</p> <p>Findest du, dass der Begriff relevant ist? Inwiefern?</p> <p>Wie müssten sich demnach MitarbeiterInnen im psychosozialen Bereich verhalten?</p> <p>Was sollte ein Training zu IK berücksichtigen?</p> <p>Werden andere „Werkzeuge“ von Ihnen in der Begleitung mit Menschen mit MH benötigt, als bei Menschen ohne MH (andere Anforderungen)?</p>	<p>Kennst du den Begriff interkulturelle/ transkulturelle Kompetenz?</p> <p>Was ist deiner Meinung nach darunter zu verstehen?</p> <p>Wird Definition gegeben: fragen, woher das Wissen stammt</p> <p>Wenn keine Idee, erkläre: es geht dabei darum, wie Menschen mit MH z.B. im psychosozialen Bereich angemessen begleitet werden können, weil es Untersuchungen gibt, die zeigen, dass Menschen mit MH viel seltener Hilfe in Anspruch nehmen.</p> <p>→ ggf. auch aufzeigen und konfrontieren, dass jemand, der aus einer anderen Bildungsschicht kommt, bzw. anders sozialisiert ist, auch sehr fremd sein kann, obwohl er nicht auf „den ersten Blick“ einen Migrationshintergrund hat</p> <p>gegen Ende ggf fragen: in vorherigen Interviews habe ich die Meinung gehört, dass IK bzw. spezifisches Wissen gar nicht so wichtig ist- was denkst du darüber?</p>	<p>→ Was sollte beachtet werden?</p> <p>→ Was sollte man nicht tun?</p> <p>→ Was sollte man unbedingt tun?</p>	<p>Implizites Wissen zu IK Definition</p> <p>Implizites Wissen über Fertigkeiten/ Kompetenzen im interkulturellen Setting</p>

4. Wünsche/ Empfehlungen/ Perspektiven für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Nun haben wir schon viel über deine Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit MH gesprochen. Mich würde noch interessieren, ob du dir etwas für die Ausbildung wünschen würdest?</p>	<p>Was sollten angehende MitarbeiterInnen lernen/ beachten?</p> <p>Was würdest du raten/ empfehlen?</p> <p>Hast du konkrete Verbesserungsvorschläge?</p> <p>Was würdest du dir für die Arbeit mit Menschen mit MH wünschen?</p>	<p>Wenn Thema angeschnitten wird: → Glaubst du, dass es besser wäre, spezifische Angebote für Menschen mit MH bereit zu halten oder ist eine Integration in die bestehende Regelversorgung sinnvoller?</p> <p>Wie hast du dir dein Wissen/ deine Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit MH angeeignet?</p> <p>Ist das Thema im Rahmen der Ausbildung?</p> <p>Wenn Training: → wie hast du das gefunden? → Was hast du dort gelernt? → Wie wurde Wissen erworben?</p>	<p>Hattest du die Möglichkeit, schon einmal ein Training zu IK zu machen?</p> <p>Wo hast du Informationen/ Wissen zum Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund erworben?</p> <p>Ist das ein Thema im Kollegenkreis?</p>	<p>Verbesserungsvorschläge Wünsche Anregungen</p> <p>Training- was, wo & wie? Sinnvoll?</p> <p>Ist Thema im Ausbildungskontext präsent?</p>

5. Abschluss

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsmerkungen	Themen
<p>Ich habe nun schon sehr viel gefragt und du hast mir viel erzählt. Ich möchte dich zum Abschluss gern fragen:</p> <p>Haben wir alles, das dir wichtig erscheint, besprochen oder gibt es noch etwas Wichtiges, das ich noch wissen sollte?</p>	<p>Hast du das Gefühl, dass noch etwas Wichtiges fehlt, das ich unbedingt noch wissen sollte?</p> <p>Vielleicht gibt es noch etwas anderes, das dir am Herzen liegt...?</p>			<p>Ggf. Pointierung</p> <p>Abschluss</p> <p>Klären, ob Wichtiges vergessen wurde</p>

Dann möchte ich mich nun bei dir für das Interview bedanken. Danke, dass du dir die Zeit genommen hast, mir so ausführlich Auskunft zu geben.

Kurz-Leitfaden für Interview mit Patienten mit Migrationshintergrund

Persönliche Vorstellung und zeitlicher/ organisatorischer Rahmen

Zunächst einmal danke ich Ihnen sehr, dass Sie sich Zeit genommen haben, mit mir dieses Interview (Gespräch) zu führen.

Ich habe für das Gespräch eine bis maximal anderthalb Stunden eingeplant. Je nachdem, wie viel Sie mir erzählen werden und wie viel Zeit Sie mitgebracht haben, können wir auch etwas früher abschließen. Wichtig ist mir, noch einmal zu betonen, dass ich selbstverständlich alle Aussagen, die Sie hier machen, vertraulich behandeln und Namen oder Orte, die Sie mir nennen, so anonymisieren werden, dass später keine Rückschlüsse von Dritten auf Sie oder die genannten Personen oder Orte möglich sind. Am Telefon hatten wir ja bereits besprochen, dass Sie für die Teilnahme an diesem Gespräch 10 Euro von mir erhalten.

Ich habe mir ein paar Notizen mit Fragen auf diesem Blatt gemacht. Ich werde aber die Fragen nicht streng abarbeiten und nur bei Bedarf darauf schauen. Ich möchte Sie einladen, frei zu erzählen, was Ihnen einfällt. Wichtig ist, dass es hier nicht um richtig oder falsch geht. Mich interessiert Ihre persönliche Meinung und Ihre eigenen Erfahrungen. Ich werde nachfragen, wenn ich etwas nicht verstehe oder ein Thema noch vertiefen möchte. Damit ich nicht während unseres Gesprächs alles mitschreiben muss, habe ich dieses Aufnahmegerät vorbereitet. Ich werde es nun anschalten, wenn Ihnen das Recht ist.

Haben Sie noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann jetzt beginnen.

Bezugnahme zum Forschungsgegenstand

Aus meiner Email/Telefonkontakt/Brief wissen Sie bereits, dass mich interessiert, wie es Menschen in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung hier in Deutschland geht. Wie zufrieden sind sie mit der Behandlung? Mich würde interessieren, wie Sie persönlich die Situation einschätzen.

1. Einstiegsfragen

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
Wir hatten im Vorfeld bereits darüber gesprochen, dass Sie aufgrund von YYY (psychischen Problemen) XXX (Behandlung/en) in Anspruch genommen haben. Könnten Sie mir kurz schildern, was Sie genau gemacht haben?	<p>Anzahl der Behandlung(en) (Jahr, Dauer der Behandlung)</p> <p>Behandlung durch wen? Setting (stationär/ ambulant/ Berufsgruppen)?</p> <p>Ggf. Diagnosen, Krisen, Probleme, Symptomatik</p> <p>Entscheidung für Behandlung- wodurch getroffen? Wie lange hat es bis zur Entscheidung gedauert? Warum Entscheidung für XXX (Behandlung)?</p> <p>Woran gemerkt, dass Hilfe nötig? Ängste? Zögern? Unsicherheiten?</p> <p>Ziele bei der Kontaktaufnahme?</p> <p>Jemandem anvertraut? Wem? Reaktionen der anderen?</p>	<p>Nun möchte ich Sie gern bitten, mir kurz zu erzählen, worin die Problematik bestand? Was waren Ihre Probleme?</p> <p>Anlass für XXX (Behandlung)</p>	<p>Würden Sie das heute wieder genauso machen? Wie würden Sie das heute machen?</p> <p>Sagten das auch die Ärzte? Was sagten die? [Frage nach evtl. Unstimmigkeiten in der Einschätzung der Symptomatik]</p> <p>Was hat Ihnen geholfen, es doch zu tun?</p> <p>Hat sich das im Verlauf der Zeit verändert?</p> <p>Wie war das am Anfang? Wie ging es Ihnen da?</p> <p>Wie ging es Ihnen dabei?</p> <p>Was war wichtig in dieser Zeit?</p>	<p>Probleme, Symptomatik, Einstieg</p>

2. Erfahrungen mit der Behandlung

Leitfrage → Formulierung anpassen	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen → Formulierung anpassen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Und dann haben Sie mit XXX (Behandlung) begonnen...erzählen Sie mir einmal, wie das für Sie war?</p> <p>Können Sie mir über Ihre Erfahrungen in der Behandlung erzählen? Erzählen Sie mir gern sehr ausführlich davon...</p>	<p>Reaktion darauf, dass geholfen wird/ bzw. dass nicht geholfen wird?</p> <p>Jemandem anvertraut? Wem? Unterstützung gesucht? (prof. Kontext/ Mitpatienten/ Angehörige)?</p> <p>Subjektives Gefühl, dass Einflussnahme auf das Geschehen möglich war? [Frage nach Selbstwirksamkeit]?</p> <p>Was hätte Ihrer Meinung nach in dieser konkreten Situation anders laufen müssen?</p> <p><u>konkrete</u> Erlebnisse/ Erfahrungen mit anderen Personen (Mitpatienten, Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflege, etc.), die positiv/ negativ waren?</p>	<p>Haben Sie Erfahrungen mit Dolmetschern gemacht? Welche? Bewertung?</p> <p>Wenn Sie heute jemand fragen würde, wie war das, dass Sie XXX (Behandlung) gemacht haben? Was würden Sie antworten?</p> <p>Wenn kein Abbruch: Was hat Sie überzeugt, die Behandlung weiter zu führen?</p> <p>Wenn Abbruch: Was hat zum Abbruch geführt? Wie ist das genau vor sich gegangen?</p>	<p>→ Was genau war hilfreich/ nicht hilfreich?</p> <p>→ Woran haben Sie das gemerkt?</p> <p>→ welche Gedanken/ Gefühle hat das in Ihnen ausgelöst...?</p> <p>→ Wie haben Sie darauf reagiert/umgegangen?</p> <p>→ Wie erklären Sie sich, dass es dazu kam?</p> <p>→ Woran gemerkt?</p> <p>→ Was hat es mit Ihnen gemacht?</p> <p>→ Was folgte darauf?</p>	<p>Positive & negative Erfahrungen</p> <p>WICHTIG: auf konkrete Beispiele achten</p> <p>Gedanken & Gefühle erfragen</p> <p>Umgang und Handlungsimpulse</p>

3. Wünsche, Veränderungsmotivation, Perspektiven & Zukunft

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen- nur wenn von MH gesprochen wird, ansprechen!	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
<p>Nun haben wir schon viel über Ihre Erfahrungen mit XXX (Behandlung) gesprochen. Mich würde nun noch interessieren, welche Wünsche zur Veränderung/ Verbesserung der Behandlungssituation Sie haben?</p>	<p>Was würden Sie gern verändern?</p> <p>Was denken Sie: wie sollte eine Behandlung gestaltet sein, damit sie hilfreich für Menschen mit MH ist?</p> <p>Konkrete Ratschläge/ Ideen?</p> <p>Wie ist das, konkret auf MH angesprochen zu werden? (z.B. gefragt werden, wie dies oder jenes im anderen Land abläuft)</p> <p>Wenn es Ihnen heute noch einmal schlechter ginge, an wen würden Sie sich wenden? Wenn Sie heute noch einmal eine XXX (Behandlung) machen würden, was würden Sie wählen</p> <p>Sensible Themen/ Bereiche? Welche? Wie Umgang damit?</p> <p>Was ist anders in YYY? Was von dort sollte hier übernommen werden?</p>	<p>Stellen Sie sich vor, ein guter Freund oder Familienangehöriger (ebenfalls mit MH) würde Ihnen erzählen, dass er psychische Probleme hat- was würden Sie ihm raten? Wen/ was würden Sie ihm empfehlen?</p> <p>Haben Sie in YYY (z.B. Land/ Gegend, aus der Interviewte bzw. seine Vorfahren kommen) Erfahrungen mit psychosozialer Versorgung gemacht/ Informationen, wie es dort abläuft? Wenn ja, welche?</p>	<p>→ Wovon würden Sie abraten? Warum?</p> <p>→ Was würden Sie anders machen?</p>	<p>Verbesserungsvorschläge</p> <p>Anregungen</p> <p>Wünsche</p> <p>Ratschläge</p> <p>Kritik</p>

4. Erlebte Diskriminierung (pos./ neg) und Umgang damit

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsmerkungen	Themen
<p>Haben Sie einen Migrationshintergrund?</p> <p>Wenn ja, Inwiefern spielte dies bei Ihrer Behandlung und den Erfahrungen, die Sie mir gerade geschildert haben, eine Rolle?</p> <p>Wenn nein: Laut offizieller Definition (des stat. Bundesamtes) könnte man Sie dazu zählen. Können Sie damit etwas anfangen?</p>	<p>Spielte Kultur/ der MH während Ihrer Behandlung überhaupt eine Rolle? War das Thema (mit Fachpersonal/ Mitpatienten)?</p> <p>Wann und in welchem Zusammenhang war das Thema?</p> <p>Wer hat das Thema eingebracht? Wann?</p> <p>Konkrete Situationen?</p> <p>Andere Patienten dort zeitgleich in Behandlung? Wie war das? Reaktion auf Ansprechen?</p> <p>Konnte das Problem aus der Welt geschafft werden? Wie geschah das?</p> <p>Gefühl von Fremdheit- Umgang damit?</p>	<p>Hatten Sie das Gefühl, Sie wurden gleich oder anders behandelt als die deutschen Mitpatienten? [Achtung: gilt sowohl für Benachteiligung als auch für Bevorteilung im Sinne pos. Diskriminierung]</p> <p>Wenn anders behandelt: wie sind Sie damit umgegangen?</p>	<p>→ Was ist dem vorausgegangen? Was war vorher? [Frage nach subjektiven Zusammenhängen zu erlebter Diskriminierung]</p> <p>→ Woran haben Sie das fest gemacht?</p> <p>→ Wie hat sich das bemerkbar gemacht?</p> <p>→ Hatte das Einfluss auf den Prozess der XXX (Behandlung)?</p> <p>→ Inwiefern spielte das eine Rolle?</p> <p>→ Wodurch wurde das ausgelöst?</p>	<p>Thema Migration einbringen! Spielt MH eine Rolle?</p> <p>Subjektive Relevanz des Migrationshintergrundes</p> <p>Bedeutung von Kultur</p> <p>Fremdheit-Definition und Umgang damit</p>

5. Begrifflichkeit transkulturelle Kompetenz

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen- → nur nachfragen, wenn nicht von allein angesprochen! → Formulierung anpassen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsbemerkungen	Themen
Ich komme nun noch auf einen Fachbegriff zu sprechen, der zurzeit viel besprochen wird. Es ist der Begriff „transkulturelle Kompetenz“. Haben Sie davon schon einmal gehört?	<p>Hat der Begriff für Sie eine Bedeutung?</p> <p>Was stellen Sie sich darunter vor?</p> <p>Wie müssten sich demnach MitarbeiterInnen im psychosozialen Bereich verhalten?</p> <p>Muss man etwas Bestimmtes wissen? [Frage nach spezifischem Wissen/ Fertigkeiten/ Fähigkeiten]</p> <p>Was müsste auf jeden Fall vermieden werden? [Frage nach Vermeidungszielen]</p>	<p>Welche Fähigkeiten/ welches Wissen brauchen MitarbeiterInnen Ihrer Meinung nach, um Menschen mit MH helfen zu können?</p> <p>Wenn keine Idee, erkläre: es geht dabei darum, wie Menschen mit MH z.B. im psychosozialen Bereich angemessen begleitet werden können, weil es Untersuchungen gibt, die zeigen, dass Menschen mit MH viel seltener Hilfe in Anspruch nehmen.</p> <p>→ ggf. auch aufzeigen und konfrontieren, dass jemand, der aus einer anderen Bildungsschicht kommt, bzw. anders sozialisiert ist, auch sehr fremd sein kann, obwohl er nicht auf „den ersten Blick“ einen Migrationshintergrund hat</p>	<p>→ Was sollte beachtet werden?</p> <p>→ Was sollte man nicht tun?</p> <p>→ Was sollte man unbedingt tun?</p>	<p>Relevanz des Begriffs</p> <p>Subjektive Definition des Begriffs</p>

6. Abschluss

Leitfrage	Eventuelle Nachfragen	Konkrete Fragen → bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsmerkungen	Themen
<p>Ich habe nun schon sehr viel gefragt und Sie haben mir viel erzählt. Ich möchte Sie zum Abschluss gern fragen:</p> <p>Haben wir alles, das Ihnen wichtig erscheint, besprochen oder gibt es noch etwas Wichtiges, das ich noch wissen sollte?</p>	<p>Haben Sie das Gefühl, dass noch etwas Wichtiges fehlt, das ich unbedingt noch wissen sollte?</p> <p>Vielleicht gibt es noch etwas anderes, das Ihnen am Herzen liegt...?</p>			<p>Ggf. Pointierung</p> <p>Abschluss</p> <p>Klären, ob Wichtiges vergessen wurde</p>

Dann möchte ich mich nun bei Ihnen für das Interview bedanken. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mir so ausführlich Auskunft zu geben.

Anhang D Postskript**KURZPROTOKOLL****ID:**

Datum des Interviews:		
Uhrzeit:		
Ort:		
Angaben zum Kontaktweg:		
Länge des Interviews (in Min.)		
Interviewer:		
Dolmetscher:	O ja	O Nein
Teilnahmemotivation (außerhalb des Interviews oder im Interview erfragt):		

Bitte kurz Notizen zu folgenden Stichpunkten:

1. Interview- Verlauf	
2. Atmosphäre	
3. Besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview	
4. Interaktion im Interview- ggf. schwierige Passagen	

5. Weitere anwesende Personen	
6. Was war die Hauptaussage des Interviewpartners/ der Interviewpartnerin? (Schwerpunktsetzung der/des Befragten?)	
7. Kannte ich InterviewpartnerIn bereits aus einem anderen Kontext?	
8. Was ist mein spontaner Eindruck zu dem, was der Befragte über transkultureller Kompetenz sagt?	
9. Für Interviews mit Patienten mit Migrationshintergrund: War der Befragte durch eigene Symptomatik aktuell belastet? Wenn ja, in welchem Ausmaß?	
10. Weitere Anmerkungen	

Check-up:

- **Kurzfragebogen ausgefüllt?**
- **Einverständniserklärung unterschrieben?**
- **Auf Kontaktaufnahmemöglichkeiten mit uns aufmerksam gemacht, falls Rückfragen?**

Anhang E Teilnehmerinformationsschreiben

TEILNEHMERINFORMATION ZUR STUDIE

„Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland- Bestandsaufnahme und Perspektiven“

Sehr geehrte/r StudienteilnehmerIn,

wir möchten Sie hiermit über das Forschungsprojekt, für das wir Sie interviewen und über unser Vorgehen informieren. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, dass wir das Interview speichern und auswerten.

Die verantwortliche Leitung des Projekts liegt bei Theresa Steinhäuser. Das Interview wird geführt im Rahmen einer Dissertation an der Freien Universität Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Habelschwerdter Allee 45. 14195 Berlin unter Betreuung von Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler.

In dem Forschungsprojekt soll untersucht werden, welche Bedingungen Menschen mit Migrationshintergrund, die psychischen Belastungen ausgesetzt sind, in verschiedenen Bereichen des Versorgungsystems (Psychiatrie, ambulante Psychotherapie, Einzelfallhilfe, Beratung, etc.) vorfinden und welche Wünsche und Bedürfnisse sie für die Behandlung und den Behandlungsverlauf haben. Die Studie soll ermöglichen, die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund zu optimieren.

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Der/die InterviewerIn unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Wir nehmen das Gespräch auf Band auf. Das Band wird abgetippt und nach dem Abschluss der Dissertation gelöscht.
- Zum Interview und zur Transkription der Interviews berechtigt ist die Studienleiterin sowie in das Forschungsprojekt integrierte und den Datenschutzbestimmungen unterlegene Diplomandinnen sowie projektinterne Hilfskräfte.
- Wir anonymisieren, d.h. wir verändern alle Personen-, Orts-, und Straßennamen, sodass kein Rückbezug zu Ihrer Person möglich ist.

- Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden am Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht, so dass lediglich das anonymisierte Transkript existiert. Die von Ihnen unterschriebene Einwilligungserklärung wird an einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.
- Die Abschrift des Interviews wird nicht vollständig veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die anonymisierte Abschrift des Interviews wird von den Mitarbeiterinnen des Projektes gelesen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen. In Veröffentlichungen gehen aber einzelne Zitate und Absätze ein, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews von Ihnen verlangt werden. Wir bedanken uns für ihre Bereitschaft, uns Auskunft zu geben und hoffen, dass durch dieses Projekt ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslage von Patienten mit Migrationshintergrund bewirkt werden kann.

Für die Beantwortung Ihrer Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Ansprechpartnerin

Dipl. Psych. Theresa Steinhäuser
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
Tel: 01577-7735572
t.steinhäuser@fu-berlin.de

Anhang F Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Freie Universität Berlin, FB EWi & Psychologie
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

**FB Erziehungswissenschaft und
Psychologie
Arbeitsbereich Klinische
Psychologie und
Psychotherapie**
Dipl.-Psych. Theresa Steinhäuser
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Telefon +49 30 838-55743
Fax +49 30 838-54945
E-Mail t.steinhaeuser@fu-berlin.de
Internet www.fu-berlin.de/psychologie/klinpsy

31.10.2013

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER STUDIE**„Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland-
Bestandsaufnahme und Perspektiven“**

Hiermit erkläre ich

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

dass ich durch, Freie Universität Berlin, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, mündlich und schriftlich über den Verlauf des Interviews sowie das Vorgehen bei der Auswertung der Interviews informiert worden bin und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen zum Interview mit der Studienleiterin bzw. ihren Mitarbeiterinnen zu klären. Ich habe die mir vorgelegte Teilnehmerinformation gelesen und eine Ausfertigung derselben sowie dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der oben genannten Studie teilzunehmen.

1. Die Teilnahme ist freiwillig und die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen zurückgezogen werden.
2. Das Interview wird geführt im Rahmen einer Dissertation an der Freien Universität Berlin, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie unter Betreuung von Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler.
3. Verantwortlich für die Durchführung und die wissenschaftliche Auswertung ist Frau Dipl. Psych. Theresa Steinhäuser.

4. Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, dass sämtliche im Rahmen des Interviews erhobenen Daten (Interview & Kurzfragebogen) streng vertraulich behandelt und anonymisiert werden.
5. Die Bandaufnahme wird verschlossen aufbewahrt und nach erfolgter Transkription des Interviews gelöscht, sobald die Dissertation abgeschlossen ist. Sie ist nur der Studienleiterin, den beiden Begutachtern der Dissertation sowie Hilfskräften und Diplomandinnen für die Auswertung zugänglich. Sie kann zur Beratung in einer Arbeitsgruppe vorgespielt werden, die der Schweigepflicht unterliegt.
6. Einzelne Sätze und Ausschnitte, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, können als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben, und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Berlin, Datum, Unterschrift des Interviewpartners/ der Interviewpartnerin

Hiermit erkläre ich, den/ die oben genannte Studienteilnehmer/ in am über den Verlauf des Interviews sowie das Vorgehen bei der Auswertung der Interviews mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben habe.

Berlin, Datum, Unterschrift der Interviewerin

Anhang G Kurzfragebogen Behandler

Code-Nr.	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Alter:	_____
Welcher Berufsgruppe gehören Sie derzeit an?	_____
Wo sind Sie derzeit tätig (Stadt)?	_____
In welcher Einrichtungsart arbeiten Sie derzeit?	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> weitere
Welche Grundausbildung (Studium/ Ausbildung) haben Sie?	_____
Welche Aufgaben umfassen Ihre momentane Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> medizinisch orientierte Interventionen <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> andere: _____
Seit wie vielen Jahren sind Sie im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung tätig?	_____
Haben Sie Zusatzausbildungen (z.B. therapeutische Weiterbildungen, etc)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche? _____ _____
Haben Sie selbst einen Migrationshintergrund?	<input type="checkbox"/> ja _____
(Definition Migrationshintergrund: Sie selbst, eines Ihrer Eltern- oder Großeltern sind in einem anderen Land als Deutschland geboren)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> als Erwachsener migriert _____
	<input type="checkbox"/> als Kind migriert Land: _____ _____
	<input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Migration: _____

	Wenn ja: Arbeiten Sie auch muttersprachlich?	<input type="checkbox"/> ja, zu circa _____ Prozent	<input type="checkbox"/> nein
Sind derzeit Menschen mit Migrationshintergrund bei Ihnen in Behandlung/ Beratung/etc.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wie hoch ist derzeit der Anteil der KlientInnen mit Migrationshintergrund gemessen an der Gesamtzahl der von Ihnen behandelten KlientInnen (ungefähre Schätzung genügt)?	_____		
Arbeiten Sie mit DolmetscherInnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie sich mit dem Thema „Interkulturelle Kompetenz“ bereits beschäftigt (z.B. im Rahmen von Ausbildung/Studium)?	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie schon einmal an einem Training zu interkultureller Kompetenz teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bei welchem Anbieter? _____
		Wie intensiv war das Training (Anzahl der Stunden)? _____	
Anmerkungen:			

HERZLICHEN DANK!

Anhang H Transkriptionssystem (nach Mergenthaler & Mühl, 1992)

...	= kurze Pause („Denkpausen“; von ca. 0,1-5 Sekunden)
(Pause)	= Pause (ab ca. 5 sec. mit Angabe zur genauen Länge)
<Betonung>	= auffallende Betonung
6	= Zahlen alle als Zahl
Jaaa Dehnung)	= Dehnungen von Wörtern bzw. einzelnen Vokalen (3 Buchstaben zur Dehnung)
@nein@	= laut (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/ der Sprecherin)
°nee° Sprecherin)	= sehr leise (in Relation zur üblichen Lautstärke des Sprechers/ der Sprecherin)
(lacht) (schnell)	= Charakterisierung von nonverbalen Vorgängen, bzw. Sprechweise und Tonfall; die Charakterisierung steht <u>vor</u> der entsprechenden Stelle und gilt bis zur nächsten Interpunktion, zu einer anderen Charakterisierung oder bis zu "+".
(Lacht.) (Weint.)	= Charakterisierung von nonverbalen oder sprachlichen Vorgängen, aber nicht auf die nachfolgende Äußerung bezogen, sondern zwischen zwei Äußerungen geschoben.
[Lachen.]	= Charakterisierung von nonverbalen oder sprachlichen Vorgängen, die auf beide Gesprächspartnerinnen bezogen sind.
(? ? ?)	= unverständliche Äußerung
(kommt es?)	= nicht mehr genau verständlich; vermuteter Wortlaut
I: Aber da < < IP: Glaubst du nicht	= Einwurf eines anderen Sprechers bzw. Beginn gleichzeitigen Redens; nur ganz kurze Einwürfe, wie z.B. "ja", "mhm", "nein" stehen in Klammern innerhalb des Textes des 'Hauptsprechers'; z.B.: (I.: Ja.)
viellei- - -	= Abbruch in einer Satzkonstruktion bzw. innerhalb eines Wortes (aber auch in der üblichen Verwendung, z.B. bei Einschüben)
- - -	= abgebrochene Sätze

Anmerkungen:

- Alle Transskripte müssen verlustfrei als reiner Text lesbar sein. Formatierungen, die nur Word lesen kann, sollen nicht verwendet werden. (Unterstrichen, **Fett** und *Kursiv* ist also nicht möglich.)
- Äh.../oh... mittranskribieren
- Die einzelnen Redebeiträge werden jeweils in einen Absatz (bei sehr langen Erzählungen auch mehrere) geschrieben. Jeder Absatz beginnt mit dem Sprecher ("I" für Interviewerin, „IP“ für InterviewpartnerIn). Die Absätze als reinen Fließtext, bitte keine Tabulatoren in einem Absatz.
- Wir geben den Interviewten andere Namen (ähnlich, am Migrationskontext orientiert)
- Wir verwenden keine wörtliche Redezeichen („ „), beenden jedoch jeden Satz mit einem Punkt (oder eben ...für Pause bevor die Person neu ansetzt.)
- Nach einem Punkt am Ende des Satzes fangen wir mit Großbuchstaben an

Beispiel:

I: Stellt irgendeine Frage, die mich gerade nicht wirklich interessiert, die aber nur so lang sein muss, dass sie über eine Zeile geht, damit ich zeigen kann, dass keine Tabulatoren in einem Absatz vorkommen sollen. So geht das dann weiter, es scheint doch eine ziemlich komplizierte Frage zu sein.

IP: Gibt zum dritten mal eine Antwort, davor sind also noch zwei Antworten gekommen. Wir bezeichnen I als Interviewerin und IP als InterviewpartnerIn. In diesem Satz ist übrigens etwas <besonders> betont. Darüber (lacht) lacht der Befragte +, und macht gleich eine lange Pause, in der er überlegt, warum er gelacht hat. (Pause). Dann faselt er etwas, was nicht verständlich ist (???), und da das Telephon klingelt, bricht er den Satz unver...

I: gibt es jetzt noch etwas, was in dem Beispiel vorkommen könnte ?

IP: Mir fällt eigentlich nichts mehr ein, nur <

<I: Ja, was ?

IP: Nur noch, dass – oh, jetzt haben Sie mich ja unterbrochen

Anhang I Beispieltranskript IP 11B

I: Okay. Und warum sagen Sie, Sie sehen die eher weniger, die weniger gut Deutsch sprechen oder schlechtere Bildung haben? #00:02:57-3#

IP: (stöhnt) Weil ich mir die aussuchen kann und keine Lust habe (lacht etwas). Ja? Das is', das is' einfach - es sind ja Patienten, die Pflicht zu versorgen sind. Und - em - das is' einfach 'ne Schwierigkeit, ja? Dass - dass wenn - oder mit Patienten nur über Dolmetscher reden können, is' das 'ne Schwierigkeit. Und - em - auch, wenn die relativ differenziert sind, ist es einfach sehr anstrengend, ja? Das is' anstrengend. Äh - und, em, dann haben wir eben viele Patienten, die der Unterschicht entstammen. Das sagte ich Ihnen ja auch schon. Ich denke nicht, die Migration is' das Problem. Das sind auch Probleme hier. Aber das °(???)° is' die Schicht, ja? Und das is' nich' so, dass wir da uns drum reißen würden. Das wird offiziell natürlich nicht gesagt. #00:03:37-3#

I: Genau. Aber darum geht es ja auch nicht jetzt gerade. (IP: Ja.) Okay. Und die Leute - oder frage ich erst mal anders: Wenn wir jetzt hier von Menschen mit Migrationshintergrund reden, nur damit wir sozusagen die gleichen Definitionen haben, wer ist das ganz subtil für Sie? #00:03:51-4#

IP: Sie haben die offiziellen Definitionen, ja? (I: Genau.) Also, ich glaube, das is' bis - bis zur dritten Genera-, zweiten Gene-, ja, ja? Das mögen die Leute, die ich da mal sehe, <nich'> so gerne. Weil die sagen: Mensch, ich bin jetzt Deutscher, lass mich in Ruhe damit! #00:04:03-4#

I: Aha, okay. #00:04:03-4#

IP: @Ja? Ja?@ Das hören die gar nich' gerne, ja? Also gerade, wenn man sie dann auf diesen Migrationshintergrund <anspricht>, ja, das mögen sie gar nich', ja? Sie sind integriert, ja? Sie sind gut integriert. Sie wollen damit bitte schöne <nix> zu tun haben, ja? Also, das darf man gar nicht machen. Das is' in der Regel nich' angesagt. Em - und, em, ansonsten Migrationshintergrund is' ja auch noch politisch korrekt, wenn wir das so sagen. Es geht im Wesentlichen um Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Und - em - auch jugoslawischem, wobei die jugoslawischen da das <geringere> Problem darstellen. Sie sind in der Regel 'n bisschen besser integriert, ja? Aber das sind in der Regel die Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, die für uns sehr problematisch sind. #00:04:39-9#

Anhang J Beispiel Codiersystem mit MAXQDA

Codesystem [762]

DAS INDIVIDUUM IN DER GESELLSCHAFT [0]

INDIVIDUELLE EBENE [0]

FUNKTIONIEREN MÜSSEN [0]

Ich bin halt Ausländer. Ich muss aushalten [1]

Bei uns muss man [1]

Vielleicht alleine versuchen. [1]

Ich musste dann aber funktionieren, weil ich alles organisieren musste[1]

alles allein versuchen [1]

HOFFNUNG [0]

Enttäuschung wenn Probleme wieder kommen [1]

Hoffnung durch Gespräche hält nicht lang [1]

große Erwartungen an die Behandlung haben [1]

unsicher sein, ob es gut ist, hohe Erwartungen an Behandlung zu haben[1]

Glück im Unglück haben, dass man einen guten Arzt hat [1]

Hoffnung in die Behandlung [1]

dass sind, äh, sie, Ärzte oder Personal, für mich wie Strohalm [1]

bei dem Gedanken an Ärzte denken, dass es bald besser gehen wird [1]

den Termin beim Psychiater schon erwarten mit Hoffnung [1]

sich durch Gespräche mit Psychiater Entlastung erhoffen [1]

der Gedanke und die Hoffnung auf Besserung lässt weitermachen [1]

Hoffnung anders denken zu lernen [1]

GESELLSCHAFTLICHE EBENE [0]

WAHRGENOMMENER EINFLUSS DER INTEGRATIONSPOLITIK [0]

Politiker sollten eine Akzeptanz vorleben; passiert aber nicht [1]

es braucht im großen Maß Veränderungen auf politischer Ebene [1]

Zustände wie in Deutschland vor 30 Jahren [0]

früher weniger türkisch sprechende Patienten [0]

wenig Förderung, dass mehr Pat. mit MH in Psychiatrie kommen [0]

Integrationsbemühungen des Staates von Anfang an mangelhaft [1]

es kamen Menschen mit ganz niedrigem Schulwissen [1] Parallelgesellschaften [1]

REFLEXION GESELLSCHAFTSPOLITISCHE DEBATTE [0]

wie dieser Sarrazin das gerne geschrieben hat [1]

wir leben in einem Land, wo Bildung eigentlich für alle offen sein sollte [1]

PSYCHIATRIE ALS SCHNITTSTELLE ZW INDIVIDUUM U

GESELLSCHAFT [0]

arbeitslos werden [1]

das sind mehr allgemein-gesellschaftliche Probleme, die hier da sind[0]

mit allgemeingesellschaftlichen Problemen in der Psychiatrie kommen [0]

Ohnmacht als MitarbeiterIn [0]

Arbeit an der Basis wird als selbstverständlich
hingenommen [0]

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als
Wunden kitten [0]

an Bedingungen scheitern, die man nicht geschaffen
hat [0]

trotzdem das Beste geben, auch wenn man Probleme
nicht verursacht hat [0]

sich bewusst machen, dass man die Bedingungen
nicht geschaffen hat [0]

nur begrenzt eingreifen können obwohl man es
kritisch sieht [0]

etwas ausbaden müssen als Psychiatriemitarbeiter [0]

Psychiatrie-Aufenthalt als Berührungspunkt mit der hiesigen
Geschichte [0]

GESELLSCHAFT MACHT DRUCK/KRANK [0]

Einfluss gesellschaftlicher Veränderungen auf seel.
Gesundheit [0]

Traumatisierungen aufgrund von
gesellschaftlichen Konflikten [0]

keine Zeit haben, sich um sich zu kümmern
und zu trauern [1]

krank werden [1]

Und das war richtiger Kampf. [1]

Lebenswerk wird weggenommen [1]

durch Krieg in eigenem Land Fam.Mitglieder
verloren haben [1]

ausgelöst durch die Gesellschaft setzt man sich selbst
unter Druck [1]

man muss sich dem Druck der Gesellschaft entziehen
sonst wird man krank [1]

Aber dieser Druck der Gesellschaft von außen, der ist
so stark [1]

Anhang K Regeln zur Zuordnung von Textstellen zu Kategorien für inhaltlich- strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

-
1. Es werden in der Regel Sinneinheiten kodiert, jedoch mindestens ein vollständiger Satz.
 2. Wenn die Sinneinheit mehrere Sätze oder Absätze umfasst, werden diese kodiert.
 3. Sofern die einleitende (oder zwischengeschobene) Interviewer-Frage zum Verständnis erforderlich ist, wird diese ebenfalls mitkodiert.
 4. Beim Zuordnen der Kategorien gilt es, ein gutes Maß zu finden, wie viel Text um die relevante Information herum mitkodiert wird.
- Wichtigstes Kriterium ist, dass die Textstelle ohne den sie umgebenden Text für sich allein ausreichend verständlich ist.
-

(in Anlehnung an Kuckartz, 2016, S. 104)

Anhang L Auswertungsbeispiele

Auswertungsbeispiel I: Grounded Theory

Offenes Codieren- Schritt 1: Entwicklung von Codes

Transkript	Codes
<p><i>Ja, ich hatte mehr Arbeit mit ihm am Anfang der Therapie. Ich musste ihm das alles erst mal beibringen und...musste ihm das alles erklären, was mit ihm los ist und so weiter. Natürlich...war das ein Hindernis.</i></p>	<p>Patienten mit Migrationshintergrund zu behandeln bedeutet mehr Arbeit.</p> <p>Etwas beibringen und erklären als therapeutische Intervention verstehen</p> <p>Mehr Arbeit haben als Barriere empfinden, Patienten mit MH zu behandeln</p>

Offenes Codieren- Schritt 2: Formulieren von Kategorien auf höherer Abstraktionsebene

Kategorie	Eigenschaften der Kategorie	Definition	Minimum	Maximum
transkulturelle Unsicherheiten	<p>Verschiedene Unsicherheiten in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> - das eigene therapeutische Vorgehen betreffend - die therapeutische Beziehung betreffend 	<p>Bezieht sich auf alle Textpassagen im Interview die sich auf erlebte Unsicherheiten in der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund beziehen</p> <p>Konsequenzen der erlebten Unsicherheiten werden hier <i>nicht codiert</i>.</p>	<p>Die Befragten nennen Unsicherheiten wenn sich explizit danach gefragt werden, nicht jedoch spontan; Beispiele werden vereinzelt genannt, bleiben jedoch wenig konkret, eher abstrakt</p>	<p>Die Befragten nennen spontan Beispiele für Unsicherheiten in der Behandlung; dabei sehr ausführliche Schilderung der Beispiele; es werden zahlreiche Beispiele genannt, die sich auf unterschiedliche Situationen beziehen; sehr konkrete Schilderung der Beispiele</p>

Axiales Codieren: Herausarbeiten der Beziehungen zwischen Codes

Transkript	Beziehung zwischen Codes anhand “Codierparadigma”
<p>Okay. Und warum sagen Sie, Sie sehen die eher weniger, die weniger gut Deutsch sprechen oder schlechtere Bildung haben? #00:02:57-3#</p> <p>IP: (stöhnt) Weil ich mir die aussuchen kann und keine Lust habe (lacht etwas). Ja? Das is', das is' einfach - es sind ja Patienten, die Pflicht zu versorgen sind. Und - em - das is' einfach 'ne Schwierigkeit, ja? Dass - dass wenn - oder mit Patienten nur über Dolmetscher reden können, is' das 'ne Schwierigkeit. Und - em - auch, wenn die relativ differenziert sind, ist es einfach sehr anstrengend, ja? Das is' anstrengend. Äh - und, em, dann haben wir eben viele Patienten, die der Unterschicht entstammen. Das sagte ich Ihnen ja auch schon. Ich denke nicht, die Migration is' das Problem. Das sind auch Probleme hier. Aber das °(???)° is' die Schicht, ja? Und das is' nich' so, dass wir da uns drum reißen würden. Das wird offiziell natürlich nicht gesagt. #00:03:37-3#</p>	<p><u>Phänomen:</u> Haltung zur Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund</p> <p><u>Eigenschaft:</u> <u>findet Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund anstrengend und schwierig</u></p> <p><u>Bedingungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - kann sich Patienten für Behandlung aussuchen - bei Sprachschwierigkeiten kann Dolmetscher hinzugezogen werden? (Behandlung scheint dennoch schwierig) - Reflexionsniveau des Patienten (hohe Differenziertheit scheint Behandlung zu erleichtern) - soziale Schichtzugehörigkeit spielt eine Rolle (Unterschicht erschwert Behandlung) - Patienten mit Migrationshintergrund nicht behandeln wollen scheint ein Tabu zu sein

Auswertungsbeispiel II: Inhaltlich- strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Dokumentname	Code	Anfang	Ende	Segment
Interview 13B	Klient*innen als individuellen Menschen wahrnehmen und behandelt\ individualisierte Behandlung\gleiche Behandlung Menschen mit und ohne Migrationshintergrund\ Kernkompetenzen von T = auch Qualifikation zu TK	109	109	dass die Kernkompetenzen von Psychotherapeuten <per se>, äh ... die Qualifikation zur interkulturellen, äh, zur interkulturellen Begegnung darstellen und ich finde so im Prinzip ist es das auch.
Interview 13B	Klient*innen als individuellen Menschen wahrnehmen und behandelt\ individualisierte Behandlung\ individuelle Lebens-/Bedeutungswelt von Klient*innen verstehen\ Bereitschaft sich differenziert in anderen Menschen einzufühlen	109	109	Ich glaub' einfach die Bereitschaft sich überhaupt, äh ... äh, differenziert einzufühlen in 'nen andern Menschen, die --- also das was Psychotherapeuten im ihrem Training vermittelt bekommen, glaub' ich sind schon zentrale Kompetenzen, die auch in der interkulturellen Begegnung wichtig sind.
Interview 13B	Klient*innen als individuellen Menschen wahrnehmen und behandelt\ individualisierte Behandlung\ gleiche Behandlung Menschen mit und ohne Migrationshintergrund\ zentrale Kompetenzen aus PTTraining wichtig in transkultureller Begegnung	109	109	also das was Psychotherapeuten im ihrem Training vermittelt bekommen, glaub' ich sind schon zentrale Kompetenzen, die auch in der interkulturellen Begegnung wichtig sind.
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\Sprachkompetenz\ Sprachkompetenzen von PT gefordert\gut, wenn Zweit-/Drittssprache	109	109	dann halt darüber hinaus glaub' ich halt, äh, ... wär's gut wenn man halt 'ne Zweit- oder Drittssprache noch zur Verfügung hat
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\Sprachkompetenz\ Sprachunterschiede = Barriere/Problem\ Behandlung in Muttersprache am besten	109	109	Also ich glaub', dass --- natürlich ist die Behandlung in der Muttersprache am allerbesten. Also da gibt's gar kein dran Rütteln und ein Ausweichen auf 'ne Drittssprache so is' halt 'n --- kann eben ne sinnvolle Alternative sein, aber besser is' es natürlich, wenn man die Muttersprache hat.
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\Sprachkompetenz\ Ich find' die Sprache is' extrem wichtig.	109	109	Ich find' die Sprache is' extrem wichtig.
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ ... und dann kommt noch etwas dazu\ was kulturellen Faktor angeht später zusätzlich aneignen	109	109	Und alles andere so, was dann so, ähm, den kulturellen Faktor angeht, ich find' das kann man sich, äh, auch aneignen dann in der Therapieausbildung oder später.
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ besonderes (kulturbezogenes) Wissen\ "kultur"spezifisches Wissen\ Ratgeber am Anfang Vorteil, da Sicherheit und Orientierung	111	111	Also, ähm, sicher hat sowas 'n Vorteil, weil es gibt einem grade am Anfang in der Begegnung erstmal 'n Gefühl von: Ah ja, kenn' ich schon, weiß ja alles, und so. Es gibt einem 'ne Sicherheit, 'ne Orientierung, aber die is' natürlich auch trügerisch,

Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ besonderes (kulturbezogenes) Wissen\ "kultur"spezifisches Wissen\ Manuale können nich' schlecht sein für 'ne erste Orientierung	111	111	Also deswegen, ich glaub' so klar, also Manuale können nich' schlecht sein für 'ne erste Orientierung, (I: Ja.) aber ich glaub' im, im Prinzip reicht die Bereitschaft, äh, neugierig zu sein und nachzufragen und,
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ besonderes (kulturbezogenes) Wissen\ "kultur"spezifisches Wissen\ Gefahr von Manualen: Einzelfall/Individuum aus Blick zu verlier	111	111	Also, ähm, sicher hat sowas 'n Vorteil, weil es gibt einem grade am Anfang in der Begegnung erstmal 'n Gefühl von: Ah ja, kenn' ich schon, weiß ja alles, und so. Es gibt einem 'ne Sicherheit, 'ne Orientierung, aber die is' natürlich auch trügerisch, (I: Hmhm.) ähm, weil klar, man muss sich, denk' ich, immer wieder im Einzelfall --- es is' halt <doch> immer wieder jeder 'n Individuum und nicht einfach, äh, --- und die Gefahr besteht dann halt drin, wenn man mit sonem Manual kommt, dass man den dann nur als wie son, son, son, son Schmetterling, son Aufgepiecksten, sieht - so ein Exemplar von seiner Gattung, (I: Ja.) und so und so (I: Ja.) so wie --- pfff, das is' ja kein ... keine gute Arbeitsbasis.
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ Interesse an der Arbeit mit MMM\ Bereitschaft neugierig zu sein ausreichend	111	111	aber ich glaub' im, im Prinzip reicht die Bereitschaft, äh, neugierig zu sein
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ produktiver Umgang mit Verschiedenheit\ Verschiedenheit explizit machen\offensichtliches Thema Verschiedenheit ansprechen u erklären lasse	111	111	nicht um den heißen Brei 'rum zu gehen, sondern das eben - das offensichtliche Thema - wir sind verschieden - eben auch anzusprechen und dann sich einfach vom Patienten erklären zu lassen auch
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\besonderes (kulturbezogenes) Wissen\Umgang mit Unwissenheit\Unwissenheit zugeben und darüber ins Gespräch kommen	111	111	einfach auch zuzugeben: Naja, wie ist das denn bei Ihnen? Keine Ahnung, (I: Ja.) ich weiß' es nicht. Kann ja nur sagen, bei uns is' es so und so, und wie ist jetzt bei Ihnen? So das man darüber halt ins Gespräch kommt
Interview 13B	Klient*innen als individuellen Menschen wahrnehmen und behandelt\ individualisierte Behandlung\ allgemeine psychotherapeutische (Kern-)Kompetenzen\ Offenheit als Wesenszug\ einfach nur diese Offenheit oder Bereitschaft völlig ausreichen	111	111	einfach nur diese Offenheit oder Bereitschaft zu haben ... äh, glaub' ich is' völlig ausreichend

Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ produktiver Umgang mit Verschiedenheit\ Verschiedenheit explizit machen\ unausgesprochene Werte/Erwartungshaltungen explizit machen	111	111	das was vielleicht oft unausgesprochen bleibt an Werten oder Erwartungshaltungen - das eben auch explizit zu machen, das auszudrücken und es zum Thema zu machen, dass er son, son Realitätsabgleich einfach machen kann und so: Ah, jetzt versteh' ich das, warum die Leute so und so gucken, wenn ich das und das mache oder so.
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\Sprachkompetenz\ strukturelle Forderungen\ Forderung nach sprachlichen Kompetenzen	111	111	ich glaub' der Schlüssel --- <wenn> überhaupt 'ne Forderung, dann einfach, äh, sprachliche Kompetenzen, möglichst noch ne Zweit- oder Drittsprache,
Interview 13B	besondere Kompetenzen für die Arbeit mit MMM\ Gemeinsamkeiten/etwas teilen\ geteilte kulturelle Erfahrungen\ (kulturelle/sprachliche) Bezüge hilfreich	113	113	also ich mein' für mich - ich les' halt unheimlich gern Englisch, ich les' sehr regelmäßig, äh, englische Bücher, ich guck' gerne englische Filme, und das man halt auch so, sag' ich mal, bestimmte Bezüge einfach auch hat, so, (I: Ja.) das is' einfach, is' oft hilfreich.

Anhang M Überblick über den Anteil der Promovendin an den einzelnen Publikationen

Publikation 1: Steinhäuser, T., Martin, L., von Lersner, U. & Auckenthaler, A. (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 64, 345-353.

Impact Faktor: 1,051

Anteil: 90 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse (mit Unterstützung bei der Literaturrecherche und – auswahl)
- Schreiben des Manuskripts

Publikation 2: Steinhäuser, T., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2020). *Limitations of trainings in cross-cultural competence- The practitioner perspective*. Manuscript submitted for publication.

Anteil: 90 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Entwicklung des Interviewleitfadens
- Rekrutierung der Interviewpersonen
- Durchführung der Interviews und Schulung von Interviewerinnen
- Transkription der Interviews (mit Unterstützung durch zwei Kolleginnen)
- Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse
- Austausch in Forschungsgruppe während des gesamten Forschungsprozesses
- Schreiben des Manuskripts

Publikation 3: Steinhäuser, T., Schlunk, J., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2019). Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung. *Psychiatrische Praxis*, 46, 217-222.

Impact Faktor: 1.120

Anteil: 85 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Auswahl der Interviews
- Transkription der Interviews (mit Unterstützung durch eine Kollegin)
- Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse
- Austausch in Forschungsgruppe während des gesamten Forschungsprozesses
- Schreiben des Manuskripts

Publikation 4: Steinhäuser, T., von Agris, A., Büssemeier, C., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2020). *Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz?* *Psychotherapeut*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00456-4>

Impact Faktor: 0,462

Anteil: 95 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Auswahl der Interviews
- Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse (mit Unterstützung durch zwei Kolleginnen)
- Austausch in Forschungsgruppe während des gesamten Forschungsprozesses
- Schreiben des Manuskripts

Publikation 5: Steinhäuser, T., Schödwel, S. & Auckenthaler, A. (2016). Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 48 (1), 23-39.

Impact Faktor: -

Anteil: 90 Prozent

- Entwicklung des Studiendesigns
- Auswahl der Interviews
- Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse (mit Unterstützung durch einen Kollegen)
- Austausch in Forschungsgruppe während des gesamten Forschungsprozesses
Schreiben des Manuskripts

Anhang N Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

Anhang O Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt gegenüber dem Promotionsausschuss des Fachbereichs Psychologie, dass ich die vorliegende, dieser Erklärung beigefügte kumulative Dissertation selbständig und zur unter Zuhilfenahme der im Literaturverzeichnis genannten Quellen und Hilfsmittel und der im Anhang 2 (Überblick über den Arbeitsanteil der Promovendin an den einzelnen Publikationen) genannten Zusammenarbeit angefertigt wurde. Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

Berlin, den 15.10.2020

Theresa Steinhäuser

Anhang P Übersicht Publikationen

- ¹ ***Steinhäuser, T.**, Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2020). *Limitations of trainings in cross-cultural competence- The practitioner perspective*. Manuscript submitted for publication.
- * **Steinhäuser, T.**, von Agris, A., Büssemeier, C., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2020). Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz? *Psychotherapeut*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00456-4>
- Schödwell, S., **Steinhäuser, T.**, & Auckenthaler, A. (2019). ‘Genetic loading’ or ‘evil mind’: Current conceptions of depression in Myanmar from the perspective of healthcare professionals. *BJPsych International*, 16(2), 43-46.
- ***Steinhäuser, T.**, Schlunk, J., Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2019). Lebenslanges Lernen und Unsicherheitstoleranz in der transkulturellen Behandlung. Zum professionellen Selbstverständnis von Fachkräften der psychosozialen Gesundheitsversorgung. *Psychiatrische Praxis*, 46, 217-222.
- Nohr, L., **Steinhäuser, T.**, Ruiz, A.L., Ferrer, J.E.S. & von Lersner, U. (2019). Causal attribution for mental illness in Cuba: A thematic analysis. *Transcultural Psychiatry*, 56(5), 947-972.
- Schödwell, S. & **Steinhäuser, T.** (2018). ‚Jeder Klient ist einzigartig, Migranten und Geflüchtete sind anders?!‘ – Wege zur psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Regelversorgung [Themenschwerpunkt]. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 50 (4), 829–894.
- ***Steinhäuser, T.**, Schödwell, S. & Auckenthaler, A. (2016). Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47 (1), 63-76.
- ***Steinhäuser, T.**, Martin, L., von Lersner, U., & Auckenthaler, A. (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 64, 345-353.
- Baron, J., **Steinhäuser, T.**, Barth, H. & Auckenthaler, A. (2014). Überall ‘Nein’. Ein Alptraum. Erfahrungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden mit der psychosozialen Versorgung in Deutschland. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 46(3), 701-718.

¹ Mit * markiert sind diejenigen Publikationen, die für die vorliegende Dissertation eingereicht wurden.