

EINE STUDIE GEFÖRDERT DURCH DAS
AMT FÜR MULTIKULTURELLE ANGELEGENHEITEN
FRANKFURT AM MAIN

GESUNDHEIT
UND
MIGRATION

Interkulturelle Öffnung in Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste

Eine Bestandsaufnahme
für Frankfurt am Main

Impressum

Eine Studie des

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS-Frankfurt a. M.)
Zeilweg 42
60439 Frankfurt am Main

Herausgeber

Magistrat der Stadt Frankfurt am Main
Amt für multikulturelle Angelegenheiten (AmkA)
Lange Straße 25–27, 60311 Frankfurt
amka.info@stadt-frankfurt.de
www.amka.de
www.vielfalt-bewegt-frankfurt.de

Autorin und Autor

Dr. Irina Volf und Martin Weinmann, ISS-Frankfurt a. M.

Lektorat

Miriam Lorey, ISS-Frankfurt a. M.

Konzept und Redaktion

Dr. Armin von Ungern-Sternberg, AmkA, Amtsleiter
Dr. Uta George, AmkA, Leiterin Abteilung Grundlagenarbeit und Antidiskriminierung
Patrick Schupp, AmkA, Leiter Sachgebiet Diversitätsanalysen und Prozessberatung
Timo Köster, AmkA, Leiter Sachgebiet Diversität, Chancengleichheit und Prävention
Marguerite Reguigne, AmkA, Sachgebiet Diversität, Chancengleichheit und Prävention
Marc-Alexander Reinbold, AmkA, Sachgebiet Interkulturelle Kommunikation und Orientierung

Grafik

Lisa Erwall Art Direction

Druck

Printmedia Solutions GmbH

Kontakt

Amt für multikulturelle Angelegenheiten
Marguerite Reguigne
Sachgebiet Diversität, Chancengleichheit und Prävention
Lange Straße 25–27, 60311 Frankfurt
Tel. (069) 212-38767
marguerite.reguigne@stadt-frankfurt.de

Neue Adresse ab Januar 2019:
Mainzer Landstraße 293, 60326 Frankfurt am Main

Bestellungen

publikation.amka@stadt-frankfurt.de

Die Handreichung ist online verfügbar unter:

www.amka.de/publikationen

1. Auflage
Frankfurt am Main, November 2018

Interkulturelle Öffnung in Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste

Eine Bestandsaufnahme
für Frankfurt am Main

Inhalt

Grußwort	4
1 Einleitung	6
2 Konzeptionelle Grundlagen und Stand der Forschung	8
2.1 Konzeptionelle Grundlagen der Studie	9
2.1.1 Migrationshintergrund	9
2.1.2 Interkulturelle Öffnung	10
2.1.3 Psycho-soziale Beratung und Versorgung	11
2.1.4 Interkulturelle Öffnung psycho-sozialer Dienste	12
2.2 Stand der Forschung	13
2.2.1 Migration und Gesundheit	13
2.2.2 Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund	14
2.2.3 Psycho-soziale Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	16
2.2.4 Interkulturelle Öffnung im Bereich der psycho-sozialen Gesundheitsversorgung	18
3 Operative Umsetzung der Untersuchung	22
3.1 Untersuchungsgegenstand und -auftrag	23
3.2 Untersuchungsdesign und methodische Vorgehensweise	23
3.3 Repräsentativität der Daten	25
3.4 Aufbereitung und Auswertung der Daten	26
3.5 Datenschutz und Anonymisierung	27
4 Ergebnisse	28
4.1 Bestandsaufnahme der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste in Frankfurt am Main im Jahr 2017	29
4.2 Inanspruchnahme der Angebote psycho-sozialer Beratung und Versorgung von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016	45
4.3 Psycho-soziale Beratung und Versorgung in Kliniken	57

4.4	Psycho-soziale Beratung und Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung im Jahr 2016	59
4.5	Stand der Interkulturellen Öffnung in den befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste und Klinikabteilungen in Frankfurt am Main	64
4.5.1	Umsetzung der Interkulturellen Öffnung: Was gelingt gut und nicht so gut in den Einrichtungen insgesamt?	64
4.5.2	Einrichtungen mit fortgeschrittenem bzw. mangelhaftem Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung	73
5	Diskussion der Ergebnisse	86
5.1	Worauf kommt es in der Praxis wirklich an?	87
5.2	Inwiefern lässt sich die Entwicklung in Frankfurt am Main im zeitlichen Verlauf nachzeichnen?	89
5.3	Wo steht Frankfurt am Main im Vergleich zu anderen Großstädten?	91
6	Zusammenfassender Überblick	94
7	Literaturverzeichnis	104
8	Abbildungsverzeichnis	108



Grußwort

Alle Menschen sollen einen gleich guten Zugang zum Gesundheitssystem haben. So formuliert es das Frankfurter Integrations- und Diversitätskonzept für Stadt, Politik und Verwaltung. Doch die Voraussetzungen sind unterschiedlich. Migrantinnen und Migranten stoßen nicht selten auf spezifische Hürden, die sie davon abhalten, trotz Krankheit einen Gesundheitsdienst aufzusuchen.

Dem wollen wir als Stadt Frankfurt am Main entgegenwirken: indem wir die kultur- und gendersensible Gesundheitsförderung durch eine enge Zusammenarbeit von Ämtern, Verbänden und gemeinnützigen Trägern vorantreiben. Gemeinsam sollen Kommunikations-(barrieren) abgebaut und ein diskriminierungsfreier Zugang sichergestellt werden.

Dafür gilt es zunächst zu wissen, an welchen Stellen Mängel zutage treten. Für die psycho-soziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten hat das Amt für multikulturelle Angelegenheiten (AmkA) bereits 1992 ein erstes Gutachten erstellen lassen. Studienverfasser Prof. Stefan Gaitanides identifizierte seinerzeit erhebliche Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen.

Hilfesuchende hatten keine oder nur unzureichende Informationen über das deutsche Gesundheitssystem und Versorgungsmöglichkeiten. Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung erschwerte die Kontaktaufnahme, und wenn der Kontakt zustande kam, gab es nicht selten Verständigungsprobleme. Auch kulturbedingte Krankheits- und Gesundheitskonzepte ließen sich als Barrieren ausmachen.

Hinzu kamen ein Mangel an qualifiziertem herkunftssprachlichen oder mehrsprachlichen Personal sowie eine unzureichende Interkulturelle Öffnung der Versorgungsstrukturen. Das Ergebnis: Zugewanderte nahmen die Angebote der Regelversorgungseinrichtungen vergleichsweise selten in Anspruch.

Bestehen diese Hürden mehr als ein Vierteljahrhundert später noch immer? Um dies herauszufinden, hat das AmkA erneut eine Untersuchung in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse halten Sie in Ihren Händen. Besonders erfreulich ist für mich die rege Teilnahmebereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort: Durch ihre Unterstützung bilden die hier vorliegenden Ergebnisse die Situation in 60 Prozent der Einrichtungen der psychosozialen Dienste ab sowie in 50 Prozent der angefragten Klinikabteilungen. Mein herzlicher Dank gilt daher allen, die sich Zeit genommen haben, um den umfangreichen Fragebogen auszufüllen.

Mit den Ergebnissen lassen sich nun wesentliche Fragestellungen beantworten: An welchen Stellen in der psycho-sozialen Versorgungsstruktur besteht Handlungsbedarf? Wie ist der Stand der Interkulturellen Öffnung in der Organisations- und Personalentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung und der Vernetzung und Kooperation? Wie steht es um die Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung?

Ans Herz legen möchte ich die Studienlektüre all jenen, die sich für „Gesundheit und Migration“ stark machen. Auf Fortbildungen oder Tagungen – genannt sei beispielhaft

das Themenforum „Gesundheitsförderung und kultursensible Selbsthilfe“ – stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des AmkA immer wieder ein großes Interesse an Interkultureller Öffnung und am Wissen der Migrantinnen- und Migranten-Communities fest.

Der Wunsch, mit Migrantinnen- und Migrantenselbstorganisationen zusammenzuarbeiten, spiegelt sich auch in den Studienergebnissen wider. Mit seinen Kontakten zu diesen Organisationen kann das AmkA vermitteln und unterstützen.

Über Handlungsempfehlungen und Maßnahmen, die zum Abbau der Hürden dienen, möchten wir mit Ihnen diskutieren. Ganz gleich, ob Sie im Gesundheitssektor tätig sind, im psycho-sozialen Bereich, in Migrantinnen- und Migrantenselbstorganisationen oder sich schlichtweg für die Thematik interessieren.

Unser Ziel muss sein, eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherzustellen. Ich lade Sie herzlich ein, an diesem Prozess mitzuwirken. Ihre Anregungen werden in weiteren Maßnahmen und Veranstaltungen Berücksichtigung finden.

Sylvia Weber

Dezernentin für Integration und Bildung



1 Einleitung

In Frankfurt am Main leben über 736.000 Menschen (Stadt Frankfurt am Main – IKT 2017). Davon hatten – gemäß den Daten des Einwohnermelderegisters – 51,2% einen sogenannten Migrationshintergrund. Das heißt, sie selbst oder ihre Vorfahren sind aus einem anderen Staat nach Deutschland zugewandert (Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2017, S. 28 ff.). Auch wenn sich die Lebenslage dieser Bevölkerungsgruppe in Frankfurt am Main in den letzten Jahren verbessert hat, sind Menschen mit Migrationshintergrund in einigen gesellschaftlichen Bereichen noch immer benachteiligt (Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2017, S. 185).

Solche Benachteiligungen abzubauen und Chancengleichheit zu fördern, ist eines der zentralen Ziele des 2010 verabschiedeten Frankfurter Integrations- und Diversitätskonzepts (vgl. Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2011). Darin wird kommunale Integrations- und Diversitätspolitik als Querschnittsaufgabe definiert, die alle Fachämter und Betriebe betrifft. Das heißt, diese sollen die im Konzept benannten übergeordneten Ziele des städtischen Zusammenwirkens – Chancengleichheit, Gleichberechtigung, Begegnung und Teilhabe – in der Verwaltungspraxis umsetzen (vgl. Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2011, S. 58, S. 81).

Entsprechend hat sich die Stadt Frankfurt am Main mit der Verabschiedung des Integrations- und Diversitätskonzepts und des 10-Punkte-Plans sowie der Unterzeichnung der Charta der Vielfalt dazu verpflichtet, die Interkulturelle Öffnung der Verwaltung zu intensivieren (vgl. Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2011; Charta der Vielfalt e.V. 2018; Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2013). Gemäß dieser Selbstverpflichtung spielt Interkulturelle Öffnung mittlerweile eine wichtige Rolle in verschiedenen Bereichen: So hat die Stadt Frankfurt am Main etwa verstärkt Maßnahmen im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung ergriffen, wie der „Frankfurter

Integrations- und Diversitätsbericht 2011–2014“ zeigt (vgl. Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2015). Zudem liefert das „Frankfurter Integrations- und Diversitätsmonitoring“ unter anderem wichtige Kennzahlen zu Entwicklung und Stand der Interkulturellen Öffnung (vgl. Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2017).

Die vorliegende Untersuchung knüpft an die kommunale Integrations- und Diversitätspolitik der Stadt Frankfurt am Main an. Sie stellt eine systematische Erfassung des Stands der Interkulturellen Öffnung in den Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste in freier Trägerschaft sowie in relevanten Klinikabteilungen in Frankfurt am Main dar. Dabei werden nicht nur Informationen zu Personal sowie Klientinnen und Klienten der Angebote berücksichtigt, sondern auch Aspekte wie kultursensible Angebotsmerkmale und Interkulturelle Öffnung als Organisationsentwicklungsstrategie. Dies ermöglicht einerseits eine Bewertung des gegenwärtigen Standes und liefert zudem Informationen zu möglichen Ansatzpunkten zur Fortentwicklung und Optimierung der Angebote des psycho-sozialen Versorgungssystems in Frankfurt am Main. Die Studie wurde vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. im Auftrag der Stadt Frankfurt am Main, vertreten durch das Amt für multikulturelle Angelegenheiten, erstellt.

2 Konzeptionelle Grundlagen und Stand der Forschung

Der Aspekt der Interkulturellen Öffnung von Institutionen gewinnt seit Mitte der 1990er Jahre zunehmend an Bedeutung. Ziel dieses Prozesses ist es, Menschen mit Migrationshintergrund sowohl den chancengleichen Zugang zu den Angeboten und Dienstleistungen als auch zu den jeweiligen Institutionen zu ermöglichen.

Um sich dem Forschungsgegenstand der Interkulturellen Öffnung der psycho-sozialen Dienste zu nähern, ist es zunächst erforderlich, ein einheitliches Verständnis der relevanten Konzepte und Begriffe sicherzustellen. Darüber hinaus ist es sinnvoll, den aktuellen Stand der Forschung darzustellen, um die Ergebnisse der Studie besser einordnen zu können. In den folgenden Kapiteln werden die konzeptionellen Grundlagen (Konzepte und Begriffe) dargestellt und der Forschungsstand zusammengefasst.

2.1 Konzeptionelle Grundlagen der Studie

Die vorliegende Untersuchung fokussiert sich auf den chancengleichen Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu den Angeboten und Dienstleistungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung, liegt also an der Schnittstelle zwischen Interkultureller Öffnung und psycho-sozialen Diensten. Grundlage der Untersuchung stellen folglich die Konzepte und Begriffe Migrationshintergrund, Interkulturelle Öffnung und psycho-soziale Dienste dar. Sie werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert.

2.1.1 Migrationshintergrund

Das Konzept des Migrationshintergrunds wurde in der amtlichen Statistik mit dem 2005 in Kraft getretenen Mikrozensusgesetz als Kriterium eingeführt, um unter anderem Integrationsfortschritte und bestehende sozioökonomische Ungleichheiten bei verschiedenen Zuwanderinnen- und Zuwanderergruppen – auch im Generationenverlauf – statistisch erfassen zu können. Es hat die bis dahin vorherrschende Erfassung der direkten oder indirekten Migrationserfahrung über die Staatsangehörigkeit (weitgehend) abgelöst (vgl. unter anderem Pries 2013). Ein Grund dafür ist, dass viele zugewanderte Menschen bzw. ihre Nachfahren die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, z.B. weil sie sie durch Einbürgerung angenommen oder auf Grundlage des 1999/2000 reformierten Staatsangehörigkeitsrechts per Geburt in Deutschland erhalten haben. Somit konnten diese Personen mittels einer ausschließlichen Unterscheidung nach deutscher oder ausländischer Staatsangehörigkeit in der Statistik nicht mehr als Menschen mit persönlicher oder familiärer Migrationserfahrung identifiziert werden.

In der amtlichen Statistik sowie der wissenschaftlichen Forschung werden – meist abhängig von der verwendeten Datenquelle – unterschiedliche Operationalisierungen des Migrationshintergrunds verwendet (vgl. dazu auch Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat

2017, S. 19 ff.). Die umfassendste Definition wird vom Statistischen Bundesamt (2017, S. 4) im Rahmen des Mikrozensus verwendet. Danach hat eine Person einen Migrationshintergrund, „wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.“ Diese Definition umfasst somit (1) zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, (2) zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (3) (Spät-) Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie (4) mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen dieser drei Gruppen.

Insbesondere mit Blick auf die gesellschaftlichen Implikationen wurde das Konzept des Migrationshintergrunds in den vergangenen Jahren zunehmend kritisch diskutiert. Zwar wurde das Konzept als statistisch-analytische Kategorie entwickelt, um die gesellschaftliche Realität differenzierter erfassen zu können und es „kann Prozesse der Teilhabe an gesellschaftlichen Bereichen im Einwanderungsland Deutschland weitaus differenzierter transparent machen als die vorherige Unterscheidung allein nach Pass“ (SVR 2015, S. 154). Jenseits seiner statistischen Bedeutung ist der Begriff des Migrationshintergrunds in der Öffentlichkeit jedoch „tendenziell zu einer ‚Containerkategorie‘ für ‚problematische und unterstützungsbedürftige Personengruppen‘ mutiert“ (SVR 2015, S. 22), der gesellschaftliche Realität sogar unter Umständen vereinfacht und suggeriert, dass es sich bei Menschen mit Migrationsgeschichte um eine homogene Gruppe handelt und ihnen eine gemeinsame Identität zuschreibt (vgl. auch Foroutan 2012; 2013).

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass es nichts mit der persönlichen Alltagserfahrung einer Person zu tun haben muss, ob sie statistisch gesehen einen Migrationshintergrund hat oder nicht. Beispielsweise kann es vorkommen, dass eine Person gar nicht weiß, dass sie einen Migrationshintergrund hat bzw. sich selbst nicht als Mensch mit Migrationshintergrund definiert, obwohl sie statistisch gesehen dieser Gruppe zugeordnet wird. Umgekehrt kann es sein, dass eine Person von anderen als Mensch mit Migrationshintergrund angesehen wird – beispielsweise aufgrund ihrer Hautfarbe –, ohne in der Statistik dieser Gruppe anzugehören (Will 2016, S. 11).

Zudem muss betont werden, dass – anders als es das Konzept des Migrationshintergrunds manchmal suggeriert – die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund äußerst vielschichtig und heterogen hinsichtlich verschiedener Merkmale ist. Sie umfasst Menschen unterschiedlicher Herkunftsländer, (historischer) Migrationswellen (z.B. ‚Gastarbeiter‘-Anwerbung, EU-Binnenmigration, Spät-/Aussiedlerinnen- und Aussiedlermigration), Migrationsgründe (z.B. Arbeit, Studium, Familiennachzug, Flucht), Zuwanderinnen- und Zuwanderergenerationen (eigene oder elterliche Migrationserfahrung), Bildungshintergründe, Lebenslagen, Identitäten etc.

2.1.2 Interkulturelle Öffnung

Werden gesellschaftliche Vielfalt und unterschiedliche Lebenslagen und Lebensentwürfe von Menschen in Organisationen (gezielt) abgebildet, so spricht man von einer diversitätsorientierten Organisationsentwicklung (Nader/Camara 2017, S. 3). Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen wie Alter, Behinderung, Ethnizität/Herkunft, Geschlecht, Religion/Weltanschauung und sexuelle Orientierung werden in verschiedenen Bereichen der Organisationsentwicklung (z.B. Personaleinstellungspolitik, Aufbau von Organisationsstrukturen, Kommunikationsstrategien, Projekt- und Dienstleistungsentwicklung etc.) berücksichtigt, um Chancengleichheit zu erhöhen und Diskriminierung entgegenzuwirken. „Der Ansatz der sogenannten interkulturellen Öffnung nimmt dabei nur eine dieser Dimension in den Fokus und konzentriert sich auf die Merkmale Herkunft und Nationalität. Hier werden bestimmten Gruppen migrationsbedingte und kulturelle Eigenheiten zugeschrieben, für die es zu sensibilisieren gilt.“ (Nader/Camara 2017, S. 3)

Interkulturelle Öffnung ist also Teil des Organisations- und Personalentwicklungsprozesses (z.B. in Verwaltungen, Unternehmen, Bildungseinrichtungen, Gesundheitseinrichtungen oder anderen Organisationen und Bereichen), um insbesondere auf kulturelle Vielfalt angemessen reagieren zu können. Ziel dieses Prozesses ist es einerseits, Menschen mit Migrationshintergrund sowohl den chancengleichen Zugang zu den Organisationen als auch zu

ihren Dienstleistungen und Angeboten zu ermöglichen. Andererseits sollen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu befähigt werden, mit Menschen anderer Kulturkreise erfolgreich zu kommunizieren und kulturelle Vielfalt als gesellschaftliche Normalität anzuerkennen und wertzuschätzen (sogenannte interkulturelle Kompetenz) (vgl. SVR o. J.).

Entsprechend definiert Hubertus Schröer (2007) Interkulturelle Öffnung:

„als ein[en] bewusst gestaltete[n] Prozess, der (selbst-) reflexive Lern- und Veränderungsprozesse von und zwischen unterschiedlichen Menschen, Lebensweisen und Organisationsformen ermöglicht, wodurch Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen in den zu öffnenden Organisationen abgebaut werden und Anerkennung ermöglicht wird“

(Schröer 2007, S. 9 f.).

Den genannten Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen können einerseits Aspekte zugeordnet werden, die eher auf der Seite der (potenziellen) Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund zu verorten sind, z.B. fehlende Sprachkenntnisse, fehlende Informationen über bestehende Angebote und den Zugang dazu, Skepsis und negative (Diskriminierungs-)Erfahrungen. Andererseits können diesen Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen Aspekte zugeordnet werden, die eher auf der Seite der Organisationen sowie der Fachkräfte zu verorten sind, z.B. Fachkräfte ohne Fremdsprachkenntnisse bzw. Kenntnisse der Muttersprache der (potenziellen) Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund, fehlende interkulturelle (Kommunikations-)Kompetenzen, ethnozentrische Missverständnisse, Vorurteile, Stereotypisierungen und Kulturalisierungen (vgl. unter anderem Gaitanides 1996; 2006).

Diese ausschließenden Strukturen sollen insbesondere durch interkulturelle Qualifizierung des Personals im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Einstellung von Fachkräften mit Migrationshintergrund bzw. entsprechenden sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen abgebaut werden. Interkulturelle Kompe-

tenz trägt dazu bei, „migrations- und kulturspezifische Besonderheiten wahrzunehmen und angemessen damit umzugehen“ (Straßburger 2009, S. 234).

Grundsätzlich ist Interkulturelle Öffnung als stetiger Prozess der Organisations- und Personalentwicklung zu verstehen (Schröer 2007, S. 10); das heißt, es ist erforderlich, kontinuierlich auf die sich ändernden gesellschaftlichen Realitäten zu reagieren. Der Prozess der Interkulturellen Öffnung erfolgt sowohl top-down, also indem er als Führungsaufgabe angesehen und in der Organisation von oben nach unten durchgesetzt wird, als auch bottom-up, also indem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen beteiligt werden und er von ihnen getragen wird (Lima Curvello/Pelkhofer-Stamm 2003, S. 36).

2.1.3 Psycho-soziale Beratung und Versorgung

Das System der psycho-sozialen Versorgung in Deutschland umfasst vielfältige Versorgungsangebote. Sie können zum Teil nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden, woraus eine gewisse Unübersichtlichkeit resultiert (van Treeck/Bergmann/Schneider 2012, S. 12 f.). Das Angebotsspektrum zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen reicht von Leistungen der Information und Aufklärung bis hin zu Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention, Diagnostik und Therapie, Krisenintervention, Beratung und Leistungen zur Betreuung sowie medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation.

Bestandteile des professionellen psycho-sozialen Versorgungssystems sind sowohl vollstationäre (z.B. psychiatrische Kliniken, stationäre Rehabilitation, stationäre Suchtbehandlung) und teilstationäre (z.B. Tageskliniken, sozialpsychiatrische Zentren) als auch ambulante Angebote (z.B. sozialpsychiatrische Dienste, ambulante Psychotherapie, betreutes Wohnen, häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke, Beratungsstellen) (vgl. van Treeck/Bergmann/Schneider 2012, S. 12 ff.).

Beratungsstellen (psycho-soziale Beratung) sind ein Teil des Angebotsspektrums der psycho-sozialen Versorgung (z.B. Beratungsstellen für Abhängigkeitskranke).

Sie werden z.B. von Kommunen oder Wohlfahrtsverbänden angeboten, sind öffentlich finanziert, und ihre Inanspruchnahme ist kostenlos und kann anonym erfolgen. Zu den häufigsten Beratungsschwerpunkten zählen unter anderem Suchtberatung, Ehe- und Familienberatung, Erziehungsberatung, Frauenberatung, Krisenberatung (vgl. Kirsch/Jost 2016, S. 13). Die Beratungsstellen vermitteln Patientinnen und Patienten geeignete Behandlungsangebote und bieten zum Teil selbst Leistungen der ambulanten Rehabilitation an. In den Beratungsstellen findet in der Regel keine ärztliche Betreuung statt. Im Gegensatz zu therapeutischen Angeboten ist psycho-soziale Beratung niedrigschwellig und kurzzeitig angelegt, findet weniger in einem geschlossenen Setting statt und ist eher von einer Lebenswelt- und Alltagsorientierung geprägt (vgl. van Treeck/Bergmann/Schneider 2012, S. 28; Bamler/Werner/Nestmann 2013, S. 81).

In der psycho-sozialen Beratung werden die Problemlagen der Rat- und Hilfesuchenden „nicht ausschließlich individuumszentriert“ (Bamler/Werner/Nestmann 2013, S. 81), sondern innerhalb des jeweiligen gesellschaftlichen Rahmens bzw. der gesellschaftlichen Anforderungen verortet (z.B. Widersprüche und Unvereinbarkeiten zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Anforderungen). Zudem werden die individuellen Ressourcen der Betroffenen (persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen) in den Mittelpunkt gestellt, aber auch Merkmale der sozialen und materiellen Umwelt, die Entfaltungsmöglichkeiten und Bewältigungspotenziale bieten (vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 20 f.; Bamler/Werner/Nestmann 2013, S. 84).

2.1.4 Interkulturelle Öffnung psycho-sozialer Dienste

Bezogen auf den Forschungsgegenstand der Interkulturellen Öffnung psycho-sozialer Dienste handelt es sich um die „Öffnung und Qualifizierung“ (Machleidt 2002, S. 1208) des Gesundheitssystems im Bereich der psycho-sozialen Versorgung mit dem Ziel, Menschen mit Migrationshintergrund in gleicher Weise zu erreichen, wie Menschen ohne Migrationshintergrund.

Nach Penka (2016, S. 15 ff.) lassen sich im Bereich der Interkulturellen Öffnung von psycho-sozialen Versorgungsangeboten zwei Ebenen unterscheiden: die institutionelle Ebene sowie die Ebene der Inanspruchnahme der Beratungs- und Hilfeangebote. Auf der institutionellen Ebene wird der Fokus auf die Interkulturelle Öffnung innerhalb der Strukturen der Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung gelegt. Dazu zählt unter anderem die Berücksichtigung des Ziels Interkultureller Öffnung im Leitbild einer Einrichtung. Aber auch tatsächliche Maßnahmen in der Versorgungspraxis fallen darunter, wie z.B. eine migrantinnen- und migrantenspezifische Ausrichtung bestehender Angebote, eine auf diese Zielgruppe ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit oder Maßnahmen auf der Beschäftigtenebene (Beschäftigte mit Migrationshintergrund bzw. nichtdeutscher Muttersprache etc.).

Auf der Ebene der Nutzenden steht hingegen die Inanspruchnahme der Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund im Mittelpunkt. Es geht also insbesondere um die Frage, inwiefern diese Personen ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich vorwiegend auf die Erfassung der Ansatzpunkte zur Interkulturellen Öffnung der Einrichtungen sowie des Angebots der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste in Frankfurt am Main, also auf die institutionelle Ebene.

Eine Grundlage zur „Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft“ (Machleidt 2002, S. 1208) stellen die sog. „Sonnenberger Leitlinien“ dar, die als anerkannte einheitliche und praxisnahe Qualitätsstandards verstanden werden können. Um die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, sehen die Leitlinien auf der institutionellen Ebene insbesondere vor:

- Zugang zu Angeboten erleichtern (u.a. durch Niedrigschwelligkeit und Kultursensibilität),

- multikulturelle Teams im Bereich der Behandlung zu bilden (unter anderem durch die Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund bzw. Fremdsprachenkompetenzen),
- psychologisch geschulte Fachdolmetscherinnen und -dolmetscher einzusetzen,
- mit den relevanten Fachdiensten (z.B. Migrationsfachdiensten) und anderen Schlüssel-Personen (z.B. Migrantenorganisationen) zu kooperieren,
- Betroffene und ihre Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen zu beteiligen,
- Informationen durch muttersprachliche Medien sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu verbessern,
- das Personal im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechend zu qualifizieren etc. (Machleidt 2002).

Ähnliches fordert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in einem Positionspapier zu „Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“ (DGPPN 2012). Sie möchte damit erwirken, dass Integrations-/Migrations-/Migrantinnen- und Migranten-Verantwortliche in den zuständigen Versorgungsinstitutionen eingerichtet werden, häufiger multikulturelle Teams sowie regelhaft Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler¹ zum Einsatz kommen.

2.2 Stand der Forschung

Verschiedene Gutachten, Kurzrecherchen und Untersuchungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten mit der psycho-sozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten beschäftigt. Einige legen den Fokus explizit auf den Bereich der Interkulturellen Öffnung psycho-sozialer Versorgungsangebote. Basierend auf wichtigen Publikationen wird im Folgenden der Stand der Forschung zusammengefasst, um die Ergebnisse der vorliegenden Studie besser einordnen zu können.

2.2.1 Migration und Gesundheit

Im Großen und Ganzen ähnelt das Krankheitsspektrum von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland dem der übrigen Bevölkerung. Allerdings sind bestimmte Gesundheitsrisiken bei Migrantinnen und Migranten häufiger oder führen zu stärker ausgeprägten Krankheitsbildern (vgl. Razum et al. 2008; Razum/Spallek 2009). Ursachen sind unter anderem spezifische Belastungssituationen im Zusammenhang mit der Situation im Herkunftsland, der Migration oder der Situation im Zielland.

So waren beispielsweise die Migrantinnen und Migranten, die im Rahmen der Anwerbeabkommen von Mitte der 1950er Jahre bis zu den 1970er Jahren als ‚Gastarbeiter‘ zugewandert sind, zunächst oft in einer besseren gesundheitlichen Verfassung als die deutsche Mehrheitsbevölkerung. Dieses als healthy migrant-Effekt beschriebene Phänomen wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass vorwiegend gesunde Menschen in der Lage sind, in ein anderes Land zu migrieren, um dort zu arbeiten. Im Lebensverlauf gleicht sich ihr Gesundheitszustand jedoch der Mehrheitsbevölkerung an und ist nach längerer Aufenthaltsdauer und im Alter häufig sogar schlechter.

¹ Unter Kulturmittlerinnen und -mittlern sind „Mittler“ gemeint, „die von ‚Kultur zur Kultur‘ übersetzen und dadurch auf Missverständnisse in Kommunikation, Interaktion und Therapieinhalten aufmerksam machen“ (Kluge 2011 nach Penka 2015, Fußnote 5).

Gründe dafür sind unter anderem ungünstigere Arbeitsbedingungen in Verbindung mit höherer körperlicher Belastung, ein durchschnittlich niedrigerer sozioökonomischer Status und psycho-soziale Auswirkungen der Migration (vgl. unter anderem Razum et al. 2008, S. 131; Tezcan-Güntekin/Breckenkamp/Razum 2015, S. 8). Zudem ist beispielsweise für Menschen, die vor Verfolgung, Krieg und Bedrohung fliehen, von vornherein ein höheres Gesundheitsrisiko mit Blick auf bestimmte körperliche und psychische Erkrankungen zu erwarten. Dies kann unter anderem auf Folter, Verfolgung, Kriegsschäden, Fluchtwege, Unterbringung und eingeschränkte Perspektiven zurückgeführt werden. Zwar besteht bislang kein belastbarer quantitativer Gesamtüberblick über die körperliche und seelische Gesundheit von Geflüchteten, insbesondere im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung. Allerdings deuten die vorliegenden Erkenntnisse „auf eine vor allem mit Blick auf die vergleichsweise jüngere Flüchtlingspopulation auffällig hohe Krankheitslast hin“ (Johansson 2016, S. 7).

2.2.2 Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

In der Literatur zur (psychischen) Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund werden allgemein einige Besonderheiten gegenüber der Mehrheitsbevölkerung benannt (vgl. unter anderem Lindert et al. 2008b, S. 124 f.). Zusammenfassend kann festgehalten werden:

Studien zur psychischen Gesundheit kommen zu unterschiedlichen Resultaten, sind nicht immer belastbar und widersprechen sich nicht selten. Gründe dafür sind unter anderem unterschiedliche methodische Vorgehensweisen oder Einschränkungen (z.B. geringe Fallzahlen, Beschränkung auf klinische Gruppen) und unterschiedliche Samplingmethoden (Claassen 2005; Lindert et al. 2008b). Zwei Beispiele seien hier aufgeführt:

- Untersuchungen zu „vor allem gut integrierte[n] Migranten“ (Glaesmer et al. 2008, S. 20) finden beispielsweise keine signifikant häufiger auftretenden psychischen Beschwerden im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung. Dieses Ergebnis beschränkt sich jedoch auf Migrantinnen und Migranten der ersten und zweiten Generation mit überwiegend deutscher Staatsangehörigkeit bzw. unbefristeter Aufenthaltserlaubnis und mindestens guten Sprachkenntnissen, die überwiegend in Deutschland geboren wurden oder seit längerer Zeit in Deutschland leben gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Glaesmer et al. 2008).
- Untersuchungen zu Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, die nicht in Deutschland geboren wurden, zeigen hingegen, dass psychische Störungen allgemein häufiger auftreten als bei Deutschen (Bermejo et al. 2010). Dies gilt insbesondere für somatoforme sowie affektive Störungen, also körperliche Beschwerden, für die durch medizinische Untersuchungen keine körperliche Ursache festgestellt werden konnte, sowie über einen längeren Zeitraum klinisch bedeutsame Abweichungen der Stimmungslage. Die Unterschiede bestehen auch bei statistischer Kontrolle von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht, was darauf hinweist, dass das höhere Auftreten dieser Störungen „auf mit der Migration einhergehende psycho-soziale Belastungen zurückgeführt werden kann“ (Bermejo et al. 2010, S. 230).

Systematische Analysen der psycho-sozialen Forschung zu Migrantinnen und Migranten zeigen, dass diese im Allgemeinen keine erhöhten psycho-sozialen Belastungen aufweisen. Allerdings können im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung „bei Migrantengruppen, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind“ (Lindert et al. 2008b, S. 125) höhere Belastungen vorkommen (vgl. auch Lindert et al. 2008a). Zudem scheint die Gefahr einer psychischen Erkrankung direkt nach der Einwanderung höher zu sein; Belastungen nehmen mit zunehmender Aufenthaltsdauer ab (Razum/Spallek 2009, S. 2).

Neben migrationsunspezifischen Gründen für psychosoziale Probleme, die auch bei Angehörigen der Mehrheitsbevölkerung auftreten können, können bei Menschen mit Migrationshintergrund auch migrationsbedingte oder kulturspezifische Problemlagen auftreten (vgl. Gavranidou 2006; Gavranidou/Abdallah-Steinkopf 2007, S. 356). Dazu zählen z.B.

- besondere Anstrengungen (z.B. eine risikoreiche Reise/Flucht),
- Überlastungen im Zielland (z.B. weil im Herkunftsland erworbene Fähigkeiten zur Anpassung, Problemlösung und Bewältigung im Zielland nicht funktionieren),
- wirtschaftliche und berufliche Belastungen (z.B. wirtschaftliche Unsicherheit, fehlende Anerkennung von beruflichen Kompetenzen und Erfahrungen, Tätigkeiten mit hoher körperlicher Belastung und geringem sozialen Prestige),
- soziale Isolation und familiäre Probleme (z.B. Trennung von Familie und Freunden, fehlende soziale Netzwerke, Entwurzelung, gestörte Eltern-Kind-Beziehungen aufgrund unterschiedlicher „kultureller“ Sozialisation),
- Integrationsprobleme und Unsicherheiten (z.B. fehlende Aufenthaltssicherheit, Angst vor Abschiebung, unsichere Lebensbedingungen, unsichere Wohnverhältnisse, unbekannte „kulturelle“ Wertvorstellungen, Vorurteile und Diskriminierung) oder
- bei bestimmten Gruppen – insbesondere Flüchtlingen – bestehende Besonderheiten, die ggf. ursächlich für die Migration waren (z.B. politische Verfolgung im Herkunftsland, Folter, Krieg) (vgl. unter anderem Kircaldy et al. 2006; Razum/Spallek 2009, S. 2; Bermejo et al. 2010, S. 230; Thöle et al. 2017, S. 148 f.).

Ein weiterer Grund für psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund sind eine schlechtere Gesundheitsversorgung bzw. eine Fehlversorgung, insbesondere im psycho-sozialen Bereich bzw. die geringere Nutzung von Behandlungsangeboten (vgl. Koch 2005, S. 183; Claassen et al. 2005; Kircaldy et al. 2006).

Geflüchtete stellen bedingt durch die jüngeren Migrationsbewegungen eine zunehmend bedeutende Gruppe unter Menschen mit Migrationshintergrund dar, auch für die psycho-soziale Beratung. Mit Blick auf die quantitative Verbreitung psychischer Erkrankungen sind die Erkenntnisse nicht eindeutig und teilweise widersprüchlich. Dies kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass die einzelnen Untersuchungen unterschiedliche Herkunftsgruppen berücksichtigen (Johansson 2016, S. 80 ff.). Zusammenfassend kann festgehalten werden:

- In nationalen und internationalen Studien und Schätzungen wird meist von einem sehr hohen Prozentsatz an Traumafolgestörungen, insbesondere Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) berichtet; Ursache sind meist Kriegserlebnisse und sexuelle Gewalt (vgl. unter anderem Gäbel et al. 2005; Jung 2011, S. 8; Lindert et al. 2018; Baron/Flory 2016, S. 10 ff.).
- Weitere unter Geflüchteten verbreitete psychische Beschwerden und Erkrankungen sind unter anderem Angst, Stress, Schlafstörungen, Nervenzusammenbrüche, schwere Unruhe, aber auch Suizidgedanken (vgl. unter anderem Behrensen/Groß 2004, S. 31; Hentges/Staszczak 2010, S. 137–140; Abels/Schouler Ocaik 2017; Thöle et al. 2017).
- Hinsichtlich der Dauer des Asylverfahrens weist eine Studie aus den Niederlanden darauf hin, dass psychische Störungen mit der Zeit signifikant zunehmen (Laban et al. 2005).

2.2.3 Psycho-soziale Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Hinsichtlich der psycho-sozialen Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund wurden in der Literatur einige zentrale Punkte herausgearbeitet, die insbesondere die Versorgung durch bzw. Nutzung von Versorgungsangeboten sowie Barrieren des Zugangs betreffen. Neben verschiedenen Untersuchungen aus dem medizinischen Bereich (vgl. unter anderem Koch 2000; Schouler-Ocak et al. 2008; Schouler-Ocak 2012) liegen verschiedene, zum Teil ältere regionale Gutachten zur psycho-sozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten vor. So z.B. ein Gutachten von 1992 für Frankfurt am Main im Auftrag des Amts für multikulturelle Angelegenheiten (Gaitanides 1992), eine Kurzrecherche von 1998 für Rheinland-Pfalz und Mainz (Fathi 1998) bzw. ein Gutachten für Nordrhein-Westfalen von 2003 (Weilandt/Rommel/Raven 2003). Die wichtigsten Erkenntnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Allgemein bewegt sich die psycho-soziale Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in einem Dreieck aus Unter-, Über- und Fehlversorgung (vgl. Koch 2005, S. 183; Claassen et al. 2005; Kircaldy et al. 2006; Schouler-Ocak 2012; Penka et al. 2015, S. 353). Ursache für die Unterversorgung sind verschiedene Zugangsbarrieren zu den verschiedenen Versorgungsangeboten, die von Kommunikationsproblemen oder fehlenden Informationen bis hin zu Diskriminierungserfahrungen und fehlendem Vertrauen reichen. Die unzureichende Qualität der Versorgung, also z.B. Fehl- und Überversorgung, hängt im Wesentlichen mit Kommunikationsproblemen zusammen.

Zugangsbarrieren

- Mit Blick auf die Nutzung von Angeboten stellt die Sprache vermutlich „[d]ie wichtigste Zugangsbarriere“ dar (Gaitanides 1992, S. 26; vgl. auch Fathi 1998, S. 7, Weilandt/Rommel/Raven 2003, S. 101; Böhm 2013; Gebhardt et al. 2013, S. 193). Darauf wiesen bereits die Ergebnisse einer Modellevaluation in Bayern aus dem

Jahr 1990 hin (AWO 1990 zitiert nach Gaitanides 1992). Sprachliche Hürden entstehen einerseits aufgrund nicht ausreichender deutscher Sprachkenntnisse der Betroffenen und andererseits aufgrund fehlender Kenntnisse der Beraterinnen und Berater in den Muttersprachen der Betroffenen. Eine Beratung in Deutsch ist oftmals überhaupt nicht möglich; auch bei Menschen, die bereits länger in Deutschland leben oder im Land geboren sind. In manchen Fällen können Sprachbarrieren sogar dazu führen, dass die Versorgung von Migrantinnen und Migranten abgelehnt wird (Odening et al. 2013, S. 62; Penka et al. 2015, S. 357).

- Als zentrales Problem einer mangelnden Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten wird aber nicht nur der Mangel an sprachlich, sondern auch kulturell kompetentem Personal angesehen. Expertinnen und Experten berichten etwa, dass Angebote häufiger von Migrantinnen und Migranten genutzt werden, „wenn es jemanden gibt, der kulturspezifisches Wissen hat plus Sprachwissen“ (zitiert nach Weilandt/Rommel/Raven 2003, S. 101). Zudem kommt es in bestimmten Fällen vor, dass eine Behandlung aufgrund interkultureller Barrieren abgelehnt wird (Odening et al. 2013, S. 63).
- Ein weiteres Hindernis beim Zugang ist, dass in bestimmten Kulturen psychische Probleme nur im Kreis der Familie behandelt und nach außen hin verborgen werden. Zudem besteht eine generelle Zurückhaltung und Skepsis gegenüber psycho-sozialen Unterstützungsangeboten bzw. Beratung(-angeboten) aufgrund der „Erwartung, dass Reden nichts hilft“ (Lujčić 2008; S. 291; vgl. auch Gaitanides 1992, S. 28; 1999, S. 42; Straßburger 2009).
- Relevant für die Inanspruchnahme der Angebote ist auch, dass oftmals Kenntnisse über die bestehenden Angebote fehlen sowie darüber, wo man in bestimmten Situationen überhaupt Unterstützung findet. Bei Zugewanderten der ersten Generation kommt erschwerend hinzu, dass sie aus ihrem Herkunftsland andere oder keine Erfahrungen mit Sozialer Arbeit mitbringen, z.B. weil es dort gar keine entsprechenden oder keine unterstützenden oder präventiven Ange-

bote gibt. Eine Rolle spielen auch die oftmals großen Entfernungen der Angebote zum Wohnort der Betroffenen (vgl. unter anderem Gaitanides 1992, S. 28; 1999, S. 41; Straßburger 2009; Böhm 2013).

- Bedeutende Hindernisse beim Zugang zu Versorgungsangeboten sind darüber hinaus Vorurteile, stereotype Wahrnehmungen und Deutungen der Mitarbeitenden von Einrichtungen (z.B. aufgrund fehlender interkultureller Sensibilität) sowie Diskriminierungserfahrungen und Stigmatisierungen bzw. fehlendes Vertrauen der (potenziellen) Klientinnen und Klienten (z.B. aufgrund von Exklusionserfahrungen). Diese Aspekte führen nicht selten zu Behördenängsten. Da (öffentliche) Versorgungsangebote oftmals als Behörden wahrgenommen werden, suchen Migrantinnen und Migranten, die mit entsprechenden Einrichtungen schlechte Erfahrungen gemacht haben, diese Angebote oft nicht auf (vgl. unter anderem Gaitanides 1999, S. 42; Fathi 1998, S. 30; Straßburger 2009; Böhm 2013; Gebhardt et al. 2013, S. 193).
- Insbesondere bei Geflüchteten kommt, z.B. für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, als zusätzliche Hürde hinzu, dass unklar ist, inwiefern die Kosten für eine Behandlung übernommen werden, die Genehmigung einer Therapie sich sehr lange hinzieht, Zuständigkeiten unklar sind und Anträge auf Kostenübernahme unbegründet abgelehnt werden (Thöle et al. 2017, S. 149; vgl. auch Baron/Flory 2016, S. 89 ff.).

Versorgungsqualität

- Mit Blick auf die Qualität der Versorgung ist die Kommunikationsebene ebenfalls zentral: Sprachliche Differenzen wirken sich nicht nur auf den Zugang zu Behandlungsangeboten aus, sondern auch auf Diagnosen und den Erfolg einer Behandlung. Nicht selten wird zwischen Deutsch und der Muttersprache gewechselt, unter anderem weil die Verwendung der Muttersprache „als direkter, emotional besetzter und unmittelbarer erlebt“ wird, die Nutzung der Muttersprache Sicherheit und Akzeptanz schafft sowie

Interesse und Entgegenkommen vermittelt (AWO 1990, S. 53 zitiert nach Gaitanides 1992, S. 26). Die Sprache hat somit nicht nur eine wichtige Funktion auf der „Sachinformationsebene“, sondern auch hinsichtlich der „Selbstoffenbarung“ der Betroffenen und der Herstellung der Beziehung zur Beraterin bzw. zum Berater sowie „als Medium des Appells“ (Gaitanides 1992, S. 27).

- Als Hindernis bei der Verständigung zwischen Beratenen und Beratenden fast ebenso bedeutsam wie sprachliche Aspekte sind kulturelle Unterschiede bzw. unterschiedliche („kulturell“ bedingte) Einschätzungen von psychischen Erkrankungen (vgl. unter anderem Gaitanides 1992; 1999; Yildirim-Fahlbusch 2003; Bermejo et al. 2009a; 2009b; Möske/Gill-Martinez/Schulz 2013; Odening et al. 2013; Böhm 2013; Thöle et al. 2017, S. 149 f.). Die „Kenntnis der subjektiven, kulturell vermittelten Sichtweisen und Deutungsmuster“ ist also nicht nur für die Kommunikation mit den Rat- und Hilfesuchenden, sondern auch „für therapeutische Intervention hilfreich“ (Gaitanides 1992, S. 27).
- Entsprechend wird immer wieder herausgestellt, dass eine angemessene psycho-soziale Versorgung nicht nur durch bestimmte Sprachfähigkeiten der Beraterinnen und Berater gewährleistet ist, sondern auch kulturelles Hintergrundwissen bzw. kulturelle Sensibilität notwendig sind. Gemeint sind damit weniger erlernbare Fakten und Kenntnisse über das Herkunftsland der Beratenen, sondern vielmehr tiefergehende „Insiderkenntnisse“ bzw. Hintergrundwissen zu Verhaltensweisen, (sozio-)kulturellen Gewohnheiten oder Hintergründen (im Sinne soziokultureller Codes). Dieses Wissen ist eher bei Beratenden gleicher Herkunft vorhanden als bei geschultem Personal. Andererseits kann es in bestimmten Fällen auch ein Hindernis darstellen, wenn eine Beraterin bzw. ein Berater einen ähnlichen (kulturellen) Hintergrund hat – z.B. wenn junge Menschen Beratung bei familiären Konflikten suchen, weil sie sich von traditionellen Zwängen lösen wollen (Gaitanides 1992, S. 28 f.; 1999, S. 41 f.).

2.2.4 Interkulturelle Öffnung im Bereich der psycho-sozialen Gesundheitsversorgung

Nur vereinzelte Studien beschäftigen sich explizit mit der Interkulturellen Öffnung im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung. Sie haben meist einen regionalen Fokus und konzentrieren sich teilweise auf bestimmte Versorgungsbereiche. Für Frankfurt hat 1992 erstmals das Gutachten von Stefan Gaitanides (1992) Zahlen zur Interkulturellen Öffnung im Bereich der psycho-sozialen Versorgung geliefert, z.B. zum Anteil der Mitarbeitenden mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Jüngere (explorative) Studien zum Stand der Interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liegen beispielsweise für Hamburg (Möske/Gill-Martinez/Schulz 2013) und Berlin (Odening et al. 2013) vor.

Die systematischste empirische Untersuchung zur Interkulturellen Öffnung im Bereich der psycho-sozialen Versorgung wurde von einem Forscherteam um Simone Penka (Penka et al. 2012; Penka et al. 2015; Penka 2016) durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine Befragung zur Interkulturellen Öffnung aller psycho-sozialen Versorgungseinrichtungen in Berlin-Mitte. Anders als die meisten Studien zielt sie explizit auch auf die Überprüfung der Umsetzung des Gesamtkonzepts der Interkulturellen Öffnung ab, das heißt z.B. die Frage, inwiefern Interkulturelle Öffnung als Leitungsaufgabe umgesetzt wird (vgl. Penka et al. 2015; Penka 2016).

Die genannten Studien sind alle in großstädtischen Sozialräumen entstanden und insofern mit der Situation in Frankfurt am Main an einigen Stellen gut vergleichbar. Im Folgenden wird ein thematischer Überblick über zentrale Befunde dieser Studien gegeben.

Inanspruchnahme der Versorgungsangebote durch Menschen mit Migrationshintergrund

Migrantinnen und Migranten sind – in Relation zu ihrem Bevölkerungsanteil – unter den Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der in den Studien untersuchten psycho-sozialen Versorgungsangeboten

unterrepräsentiert (vgl. Möske/Gill-Martinez/Schulz 2013, S. 438; Odening et al. 2013, S. 59; Penka et al. 2015, S. 357). Unterschiede bestehen jedoch zum Teil zwischen verschiedenen Arten der Versorgung. So sind beispielsweise unter den von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin behandelten Patientinnen und Patienten Menschen mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert, unter den von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen Behandelten hingegen überrepräsentiert (Odening et al. 2013, S. 60). Für Frankfurt hatte bereits Gaitanides (1992, S. 12 ff.) verdeutlicht, dass diesbezüglich deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Angebotstypen bestehen.

Umgang mit Barrieren bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Sprachbarrieren bestehen in allen Bereichen der psycho-sozialen Versorgung. Sie machen in unterschiedlichem Ausmaß eine Kommunikation bzw. Behandlung der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten in einer anderen Sprache als Deutsch notwendig (vgl. Möske/Gill-Martinez/Schulz 2013, S. 439 f.; Odening et al. 2013, S. 61; Penka et al. 2015, S. 357 f.). In den Einrichtungen zur psycho-sozialen Versorgung in Berlin-Mitte liegt beispielsweise der geschätzte Anteil der Klientinnen und Klienten, die Verständigungsprobleme in der deutschen Sprache haben, bei 12,9%. In sog. migrantenspezifischen Einrichtungen, das heißt Einrichtungen, die sich explizit an Menschen mit Migrationshintergrund richten, ist er deutlich höher (61,4%) als in nicht-migrantenspezifischen Einrichtungen (8,3%) (Penka et al. 2015, S. 357).

Bei der Verständigung mit den Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten mit fehlenden oder unzureichenden Deutschkenntnissen kann zum Teil auf muttersprachliche Kompetenzen zurückgegriffen werden. Von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Hamburg sprechen rund 13,5% eine andere Herkunftssprache als Deutsch bzw. neben Deutsch eine zweite. In Berlin sind es rund 9,4%, was sich in etwa

mit dem Anteil (9,6 %) der Angestellten in psycho-sozialen Versorgungseinrichtungen in Berlin-Mitte deckt (vgl. Mösko/Gill-Martinez/Schulz 2013, S. 438; Odening et al. 2013, S. 57; Penka et al. 2015, S. 356 f.). Vergleichsweise detaillierte Angaben zur möglichen Nutzung fremd- und muttersprachlicher Kenntnisse liegen für die psycho-sozialen Einrichtungen in Berlin-Mitte vor: Nur rund ein Fünftel der Einrichtungen kann nicht auf fremd- oder muttersprachliche Kompetenzen der Angestellten zurückgreifen (19,7%); fast die Hälfte kann auf eine bis drei Sprachen (49,2%) und fast ein Drittel sogar auf vier bis neun Sprachen zurückgreifen (30,3%) (Penka et al. 2015, S. 356 f.).

Um Sprachbarrieren zu überwinden, wird zum Teil auch auf Sprachmittlerinnen und Sprachmittler oder Übersetzerinnen und Übersetzer zurückgegriffen – aber auch auf andere Hilfe, wie z.B. Freunde oder Familienangehörige der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten. Diese Möglichkeiten werden allerdings sehr unterschiedlich genutzt (vgl. Mösko/Gill-Martinez/Schulz 2013, S. 439; Odening et al. 2013, S. 61 f.; Penka et al. 2015, S. 356 f.). In den psycho-sozialen Versorgungseinrichtungen in Berlin-Mitte geben beispielsweise 69,3% der Einrichtungen an, dass sie noch nie professionell Dolmetschende hinzugezogen haben. In den Einrichtungen, die im Jahr vor der Untersuchung Menschen mit unzureichenden Kenntnissen in Deutsch versorgten (n = 68), haben nur wenige nie professionell Dolmetschende eingesetzt (n = 4); 52,2% haben auf externe und 13,8% auf interne Dolmetschende (geschulte Honorarkräfte) zurückgegriffen; Telefondolmetscherdienste wurden nicht genutzt. Dort, wo nie oder nicht immer Dolmetschende zum Einsatz kommen (n = 45), werden die Sprachkompetenzen von Begleitpersonen der Klientinnen und Klienten (77,8%), Fremdsprachkompetenzen des therapeutischen Personals (73,4%) oder Muttersprachkompetenzen des therapeutischen Personals (53,3%) bzw. des nicht-therapeutischen Personals (15,9%), wie z.B. Reinigungskräfte, zur Verständigung genutzt (Penka et al. 2015, S. 357 f.).

Auch kulturelle Aspekte können die Kommunikation bzw. Behandlung der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten in unterschiedlichem Ausmaß beeinträch-

tigen. Um mit interkulturellen Herausforderungen umzugehen und Unsicherheiten zu verringern, werden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unter anderem wichtige Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten einbezogen oder es findet eine Vernetzung mit migrantenspezifischen Einrichtungen statt. Auch interkulturelle Fortbildungen werden als sinnvoll erachtet und genutzt (vgl. Mösko/Gill-Martinez/Schulz 2013, S. 440 ff.; Odening et al. 2013, S. 63 f.). Darüber hinaus werden Kulturmittlerinnen und -mittler eingesetzt. Von den psycho-sozialen Versorgungseinrichtungen in Berlin-Mitte greifen beispielsweise 21,7% der Einrichtungen, die dazu Angaben gemacht haben (n = 106), auf diese Option zurück (Penka et al. 2015, S. 357 f.).

Mitarbeitende mit Migrationshintergrund

Sowohl Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund in Hamburg und Berlin als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psycho-sozialen Versorgungseinrichtungen mit Migrationshintergrund in Berlin-Mitte sind – in Relation zum Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund – unterrepräsentiert (vgl. Mösko/Gill-Martinez/Schulz 2013, S. 438; Odening et al. 2013, S. 57; Penka et al. 2015, S. 356). Ähnlich wie bei den Patientinnen und Patienten bestehen Unterschiede zwischen verschiedenen Arten der Versorgung: Während Migrantinnen und Migranten unter den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin unterrepräsentiert sind, sind sie unter den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen überrepräsentiert (Odening et al. 2013, S. 60).

Vergleichsweise detaillierte Angaben zur Struktur der Mitarbeitenden liegen für die psycho-sozialen Versorgungseinrichtungen in Berlin-Mitte vor. Dort hat in 50% der Einrichtungen mindestens eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter einen Migrationshintergrund. In 6,5% der Einrichtungen, die keine Angestellten mit Migrationshintergrund haben (n = 62), sind Honorarkräfte mit Migrationshintergrund beschäftigt. In migrantenspezifischen Einrichtungen (n = 11) ist der Anteil der Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund deutlich höher (61,6%) als

in nicht-migrantenspezifischen Einrichtungen (8,4%). Leitungskräfte haben in 13,4% der Einrichtungen einen Migrationshintergrund (Penka et al. 2015, S. 356). Für Frankfurt am Main hatte Gaitanides in seinem Gutachten von 1992 (S. 12 ff.) gezeigt, dass zum damaligen Zeitpunkt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ausländischer Staatsangehörigkeit in den verschiedenen Einrichtungen unterrepräsentiert waren.

Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in den Einrichtungen

Interkulturelle Öffnung in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung wurde systematisch nur für die Einrichtungen in Berlin-Mitte untersucht, einem Berliner Bezirk mit dem damals höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund (44,8%) (Penka et al. 2015). Dabei wurden Daten im Zeitraum von Juli 2011 bis März 2013 mithilfe eines semi-standardisierten Erhebungsinstruments in Form von face-to-face Interviews in 127 von insgesamt 138 Einrichtungen erfasst. Die Daten bzgl. der Personalstruktur der Mitarbeitenden wurden bezogen auf das jeweils vorherige Jahr erhoben. Mit Blick auf die Umsetzung Interkultureller Öffnung ist das Bild ambivalent: Je 37,6% der Einrichtungen geben an, dass Interkulturelle Öffnung immer bzw. nie von der Leitung gefördert werde; beim Rest ist dies teilweise der Fall. Aufnahme in die Konzeption bzw. das Leitbild der Einrichtung hat Interkulturelle Öffnung in etwa der Hälfte der Einrichtungen erfahren (47,8%), Interkulturelle Kompetenz in einem Viertel der Einrichtungen (25,5%) (Penka et al. 2015, S. 356).

Im Bereich der Personalentwicklung werden Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen von Stellenausschreibungen in 23,9% bzw. 11,4% der Einrichtungen, die dazu Angaben machten (n = 88), immer bzw. teilweise explizit dazu aufgefordert, sich zu bewerben. Bei fast zwei Dritteln der Einrichtungen ist dies nie der Fall (64,8%) (Penka et al. 2015., S. 356). An Fortbildungen zu interkulturellen Themen, Kompetenz oder Teamarbeit haben in 21,1% der Einrichtungen alle, in 49,1% manche und in 29,8% keine Beschäftigten teilgenommen. Bei der Hälfte

der Einrichtungen ist eine Teilnahme von der Leitungsebene gewünscht (Penka et al. 2015, S. 358).

Eine migrantenspezifische Strategie der Öffentlichkeitsarbeit betreiben 61,4% der Einrichtungen. Maßnahmen sind im Wesentlichen mehrsprachige Informationsmaterialien (40,2%) und Flyer (26,8%). 11,8% der Einrichtungen haben eine mehrsprachig übersetzte Internetseite, 10,2% betreiben aufsuchende Arbeit in den Communities, 8,7% setzen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein. Bezüglich der Qualitätsentwicklung gibt ein Drittel der Einrichtungen an, mindestens drei Viertel ihrer Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf Menschen mit Migrationshintergrund auszurichten. In allen Einrichtungen sind Menschen mit Migrationshintergrund immer Thema in Fallbesprechungen und in fast allen wird der Umgang mit Migrantinnen und Migranten bei der Supervision von Mitarbeitenden thematisiert (Penka et al. 2015, S. 358).

Empfehlungen für Frankfurt am Main von 1992

Zum Schluss seines Gutachtens fasste Gaitainides die wichtigsten Empfehlungen für die Stadt Frankfurt am Main zusammen und hat somit eine Zielrichtung für die Umsetzung Interkultureller Öffnung in Einrichtungen psycho-sozialer Dienste aufgezeigt. Um nachfolgend die Fortschritte in diesem Bereich zu diskutieren, werden seine Empfehlungen an dieser Stelle verkürzt zitiert:

- *Öffnung der Angebote der psycho-sozialen Regelversorgung in kommunaler und freier Trägerschaft durch Einstellung nicht-deutschen Fachpersonals, zielgruppenadäquate Angebotsstrukturen (lebensortnah/aufsuchend/ganzheitlich), entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung der deutschen MitarbeiterInnen.*
- *Beibehaltung der bewährten und inhaltlich unverzichtbaren immigranten- und ethnisch/nationalitätenspezifischen Angebote. Ausgleichung der Versorgungsdefizite der besonders vernachlässigten Neuzuwanderernationalitäten (...). Parität von deutschen und nicht-deutschen MitarbeiterInnen. Entsprechende Repräsentation von Nicht-Deutschen in der Leitungsebene.*
- *Schonung der gewachsenen Sozialbeziehungen durch eine sozialverträgliche Stadtentwicklungs- und Wohnungspolitik. Förderung der Institutionen der ethnischen Gemeinschaften sowie der kulturellen Weiterentwicklung der Minderheitenkulturen.*
- *Vernetzung der ausdifferenzierten Systeme der psycho-sozialen Versorgung durch Facharbeitskreise, gemeinsame Fortbildungen, Kooperationen der Trägerhierarchien.*
- *Vernetzung der Systeme der psycho-sozialen Versorgung mit den lebensweltlichen Beziehungsnetzen und Institutionen der ethnischen Gemeinschaften.*

(Gaitainides 1992, S. 51–52).



3 Operative Umsetzung der Untersuchung

3.1 Untersuchungsgegenstand und -auftrag

Der Magistrat der Stadt Frankfurt am Main, vertreten durch das Amt für multikulturelle Angelegenheiten (AmkA), hat das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS-Frankfurt a.M.) im Juli 2017 mit der Durchführung einer quantitativen Studie zur Interkulturellen Öffnung psycho-sozialer Beratungs- und Versorgungseinrichtungen in Frankfurt am Main beauftragt. Dabei soll auch die Inanspruchnahme der psycho-sozialen Angebote durch Migrantinnen und Migranten erfasst und differenziert analysiert werden.

Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Grundgesamtheit aller relevanten Einrichtungen zu gewinnen und somit die Repräsentativität der zu erhebenden Daten zu beurteilen, beinhaltete der Auftrag eine Adressrecherche aller in Frankfurt am Main tätigen Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege in den Bereichen

- der psycho-sozialen Versorgung (Einrichtungen der Suchthilfe, psychiatrische und psychosomatische Kliniken, gemeindepsychiatrische Einrichtungen, Wohn- und Tageseinrichtungen) und
- der psycho-sozialen Beratung (Einrichtungen der Suchtberatung, Ehe- und Familienberatung, psycho-soziale Beratung für Frauen, Beratung für Gewalttäterinnen und -täter sowie Gewaltopfer, Beratung von Menschen mit Burnout/Anzeichen für chronischen Stress, Sexualberatung, Beratung für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter* und queere Menschen, Migrationsberatungsstellen).

Die Auswertung und Ergebnisse der Untersuchung sollten schließlich schriftlich dokumentiert, vor dem Hintergrund vorhandener Studien vergleichend bewertet und der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

3.2 Untersuchungsdesign und methodische Vorgehensweise

Das Untersuchungsdesign bestand aus einer umfassenden Adressrecherche der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste in Frankfurt am Main, einer standardisierten quantitativen Befragung der Einrichtungen sowie einem Auswertungsworkshop. Hier diskutierte ein sechs-köpfiges Gremium aus Expertinnen und Experten die aus der Befragung gewonnenen Erkenntnisse.

Für die Aussagekraft der Erkenntnisse war es wichtig, dass möglichst viele Einrichtungen an der Befragung teilnahmen. Ziel war eine Vollerhebung: Alle recherchierten Einrichtungen und Dienste wurden zur Teilnahme aufgefordert. Ausgangspunkt der Adressrecherche war eine Liste von ca. 100 durch das AmkA bereitgestellten Adressen psycho-sozialer Dienste sowie von Trägern, Verbänden und Vereinen in Frankfurt am Main. Diese Liste wurde während der Recherche aktualisiert und erweitert. Dazu wurden die zentralen Träger, Verbände und Vereine per Post bzw. E-Mail angeschrieben und um Aktualisierung oder Ergänzung der Adressen ihrer psycho-sozialen Dienste gebeten. Diese erste Kontaktaufnahme diente zudem dazu, die Träger über die Ziele und praktische Umsetzung der Befragung ausführlich zu informieren, für die Bedeutung der Untersuchung zu sensibilisieren und für die aktive Beteiligung an der Umfrage zu motivieren. Die

durch das AmkA bereitgestellten Adressen wurden mit jenen durch das ISS-Frankfurt a. M. erhobenen abgeglichen und aktualisiert bzw. ergänzt.

Zudem hat das Institut weitere Einrichtungen im Internet recherchiert und in den Sozialräumen der bereits kontaktierten Einrichtungen erhoben. Insgesamt ließen sich 116 Einrichtungen identifizieren. In dem Fall, dass ein Träger oder ein Angebot mehrere Anlaufstellen hatte, galten diese jeweils als „eigenständige“ Einrichtung. Darüber hinaus wurden in fünf Kliniken in freier Trägerschaft acht Abteilungen identifiziert, die für die Befragung relevant sind. Diese wurden ebenfalls gebeten, sich an der Befragung zu beteiligen.

Die Befragung richtete sich an die Leitungen der Einrichtungen bzw. die Abteilungsleitungen der Kliniken und war freiwillig. Die Befragung fand zwischen dem 12. Oktober und 30. November 2017 statt. Der Fragebogen ließ sich elektronisch oder auf Papier ausfüllen.

Der Fragebogen bestand aus sechs thematischen Abschnitten mit insgesamt 37 Fragestellungen. Dabei wurden erhoben:

- die Strukturdaten der Einrichtungen (z. B. Standort, Träger, Einrichtungstyp),
- Merkmale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Geschlecht, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse),
- Angebote und Zielgruppen der Einrichtungen (z. B. Angebotsmerkmale, Altersgruppen, Sprachen),
- Merkmale der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten im Jahr 2016 sowie im September 2017 (z. B. Altersgruppen, Migrationshintergrund, Sprachkenntnisse, Menschen mit Fluchterfahrung),
- Ansatzpunkte der Interkulturellen Öffnung der Einrichtungen (z. B. in den Bereichen der Organisations- und Personalentwicklung, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung)

- aktuelle Barrieren und Bedarfe bei der Erbringung der Leistungen im Bereich der psycho-sozialen Beratung und Versorgung.

Die Begriffe „Menschen mit Migrationshintergrund“ und „Interkulturelle Öffnung“ wurden im Fragebogen wie folgt definiert:

- Menschen mit Migrationshintergrund sind Menschen, die im Ausland geboren sind oder die in Deutschland geboren sind, aber bei denen mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist oder deren Muttersprache eine andere als Deutsch ist.
- Interkulturelle Öffnung ist ein Prozess in Organisationen, der sich auf die Zielgruppe der Bevölkerung mit Migrationshintergrund richtet und in dessen Verlauf Zugangsbarrieren und Abgrenzungsmechanismen abgebaut werden sollen. Er umfasst verschiedene Bereiche einer Organisation. Es wird zwischen den Bereichen Personal, Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten sowie Ansatzpunkten und Barrieren der Umsetzung interkultureller Öffnungsstrategien unterschieden.

Der Fragebogen wurde einem Pretest in Form eines kognitiven Interviews unterzogen und hinsichtlich der Formulierung einzelner Fragestellungen etwas angepasst bzw. präzisiert.

Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung wurden in Form einer Power-Point-Präsentation aufbereitet und im Rahmen des Auswertungsworkshops mit sechs Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste diskutiert. Ziel war, die Plausibilität der statistischen Ergebnisse zu validieren sowie zentrale Erkenntnisse mit Beispielen aus der Praxis zu veranschaulichen. Der Auswertungsworkshop fand am 15. März 2018 in Frankfurt am Main statt. Bei der Zusammensetzung der Gruppe wurde ausdrücklich darauf geachtet, dass diese Personen die Vielfalt der Trägerlandschaft sowie der Angebote der psycho-sozialen Dienste gut abbilden.

Abbildung 1
Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Auswertungsworkshops

Hanna Bohnenkamp	Psychosoziale Krebsberatungsstelle Frankfurt der Hessischen Krebsgesellschaft e.V.
Dr. Barbara Bornheimer	Vitos Klinik Bamberger Hof
Farah Haidari	Sozialberatung für Migranten und Flüchtlinge, Ev. Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein
Claudia Hohmann	pro familia – Beratungsstelle Frankfurt-Main
Klaus Schäfer	Tagesaufenthalt für Menschen in Wohnungsnot, Bärenstraße 1, Caritasverband Frankfurt e.V.
Senka Turk	Internationales Familienzentrum e.V. (IFZ)

Quelle: Eigene Darstellung.

3.3 Repräsentativität der Daten

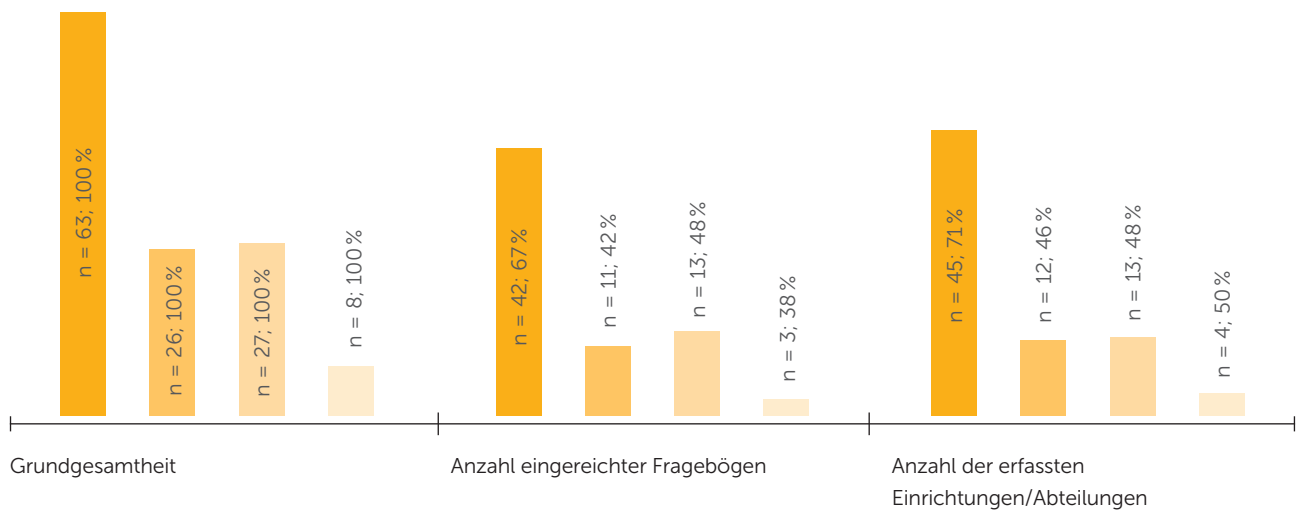
Ausgangspunkt der Befragung bilden insgesamt 116 Einrichtungen, die in Frankfurt am Main psycho-soziale Dienste anboten, sowie acht Abteilungen in fünf Kliniken mit Angeboten der psycho-sozialen Beratung- und/oder Versorgung. Dabei boten 63 (54 %) Einrichtungen Angebote psycho-sozialer Beratung, 26 (22 %) Einrichtungen Angebote psycho-sozialer Versorgung und die restlichen 27 (23 %) Einrichtungen Angebote psycho-sozialer Beratung und Versorgung an.

Ausgefüllt und eingereicht wurden 42 (67 %) Fragebögen aus den Beratungseinrichtungen, 11 (42 %) aus den Versorgungseinrichtungen, 13 (48 %) aus den Beratungs- und Versorgungseinrichtungen und 3 (38 %) aus den Klinikabteilungen. Anstatt jeweils einen Fragebogen für die Haupteinrichtung und Anlaufstelle auszufüllen, haben mehrere Einrichtungen ihre Angaben kumuliert und in einem Fragebogen zurückgesandt. Damit bildeten die Angaben aus 42 Fragebögen der Beratungseinrichtungen die Situation in 45 Einrichtungen ab. Die Rücklaufquote wurde

sowohl differenziert nach Zahl der eingereichten Fragebögen als auch nach Zahl der tatsächlich erfassten Einrichtungen berechnet. Diese Quoten beschreibt Abbildung 2.

Insgesamt bilden die Ergebnisse die Situation in 70 (60 %) Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste und vier (50 %) Abteilungen der angefragten Kliniken ab. Werden die Daten differenziert nach drei Typen der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste berechnet, so lassen sich repräsentative Aussagen nur für die Beratungseinrichtungen (71 %; 45) treffen. Da die Rücklaufquoten für die Versorgungseinrichtungen (46 %; 12) und Beratungs- und Versorgungseinrichtungen (48 %; 13) unzureichend groß sind, lassen sich nur Tendenzen feststellen. Hinweis: Bei der Auswertung der Daten wurde die Anzahl der eingereichten Fragebögen und nicht die Anzahl der tatsächlich erfassten Einrichtungen zugrunde gelegt.

Abbildung 2
Rücklaufquoten



- Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (z. B. Sucht-, Familien, Sexual-, Migrationsberatung)
- Einrichtungen psycho-sozialer Versorgung (z. B. Wohn- und Tageseinrichtungen, Einrichtungen der Suchthilfe, gemeindepsychiatrische Einrichtungen)
- Einrichtungen psycho-sozialer Beratung und Versorgung
- Relevante Abteilungen in fünf Kliniken

Quelle: Eigene Darstellung.

3.4 Aufbereitung und Auswertung der Daten

Die Daten aus den ausgefüllten Papier-Fragebögen wurden im ISS-Frankfurt a. M. digitalisiert, mit den Daten aus der Online-Befragung zusammengeführt und in einem Datensatz in der Statistiksoftware SPSS aufbereitet. Die Plausibilitätsprüfung der Angaben erfolgte schrittweise je nach auszuwertenden Variablen. Dabei wurde auf die Vollständigkeit und Sinnhaftigkeit der Daten geachtet. Im Rahmen dieser Analyse wurde z. B. festgestellt, dass die Angaben der Befragten zur Frage bzgl. des (noch) nicht besetzten Stellenumfanges für Leitungs- und Fachkräfte häufig nicht in Anzahl der Vollzeitäquivalente (z. B. 1,5 VZÄ), sondern in Anzahl der Stunden pro Woche oder gar nicht gemacht wurden. Da die fehlenden Angaben sowohl als „null“ als auch als „unbekannt“ interpretiert werden konnten, wurde

Abstand von der Auswertung dieser Variable genommen. Auch bei der Auswertung der Angaben bzgl. der Klientinnen und Klienten der Einrichtungen für 2016 sowie für September 2017 wurde die Qualität der Daten jeweils geprüft. Für September 2017 wurde auf die Auswertung aufgrund vieler fehlender Angaben verzichtet.

Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe von SPSS unter Anwendung uni- und bivariater Verfahren. Eine multivariate Analyse der Daten zum Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung erfolgte mithilfe des Programms Winmira 2001 unter Anwendung einer sogenannten Latenten Klassenanalyse.²

² Latente Klassenanalyse ist ein Modell zur explorativen Analyse von kategorialen Daten, das eine Einteilung von Untersuchungseinheiten in maximal homogene Klassen oder Cluster ermöglicht. Zugleich sind die Klassen untereinander maximal heterogen.

3.5 Datenschutz und Anonymisierung

Bei der Erhebung der Daten wurde dem Datenschutz und der Anonymisierung der Ergebnisse eine besondere Bedeutung beigemessen. So wurden alle Befragten – bei den standardisierten Befragungen und dem Auswertungsworkshop – auf den Datenschutz und die freiwillige Teilnahme hingewiesen. Rahmengebend war § 40 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Dieser besagt, dass

- für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung erhobene oder gespeicherte personenbezogene Daten nur für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung verarbeitet oder genutzt werden dürfen (Absatz 1),
- die personenbezogenen Daten zu anonymisieren sind (Absatz 2),
- nur mit Einwilligung der Betroffenen personenbezogene Daten veröffentlicht werden dürfen (Absatz 3).

Für alle erhobenen Daten gilt daher, dass diese anonymisiert, statistisch ausgewertet und in einer Form aufbereitet wurden, in der ein Rückschluss auf die einzelnen Befragten nicht möglich ist.



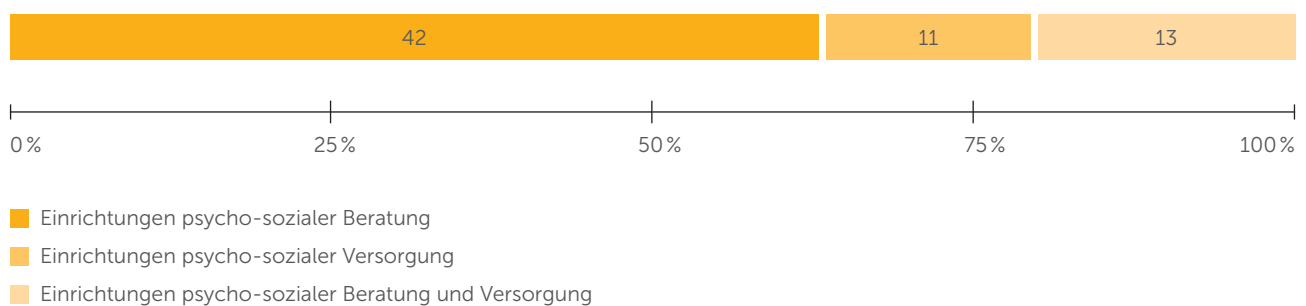
4 Ergebnisse

4.1 Bestandsaufnahme der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste in Frankfurt am Main im Jahr 2017

Bei der Sichtung der Namen und Internetseiten der recherchierten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste ließ sich nicht immer eindeutig feststellen, ob es sich um eine Institution handelt, die ausschließlich Beratungs- und/oder Versorgungsdienstleistungen anbietet und in welchen Bereichen die jeweiligen Angebote konkret zu verorten sind. Deswegen wurden die befragten Leitungskräfte gebeten, den Typ ihrer jeweiligen Einrichtung zu präzisieren und alle Leistungsbereiche anzugeben.

Im Ergebnis ließ sich feststellen, dass sich 42 (64 %) Einrichtungen als psycho-soziale Beratung (z. B. Sucht-, Familien-, Sexual-, Migrationsberatung), 11 (17 %) als psycho-soziale Versorgung (z. B. Wohn- und Tageseinrichtung, Einrichtungen der Suchthilfe, gemeindepsychiatrische Einrichtungen) und 13 (20 %) als psycho-soziale Beratung- und Versorgung verstehen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Befragung differenziert nach diesen drei Einrichtungstypen dargestellt. Die Ergebnisse der Befragung bezogen auf die Kliniken werden in Kapitel 4.3 dargestellt.

Abbildung 3
Befragte Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste (ohne Kliniken)



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=66) 2017.

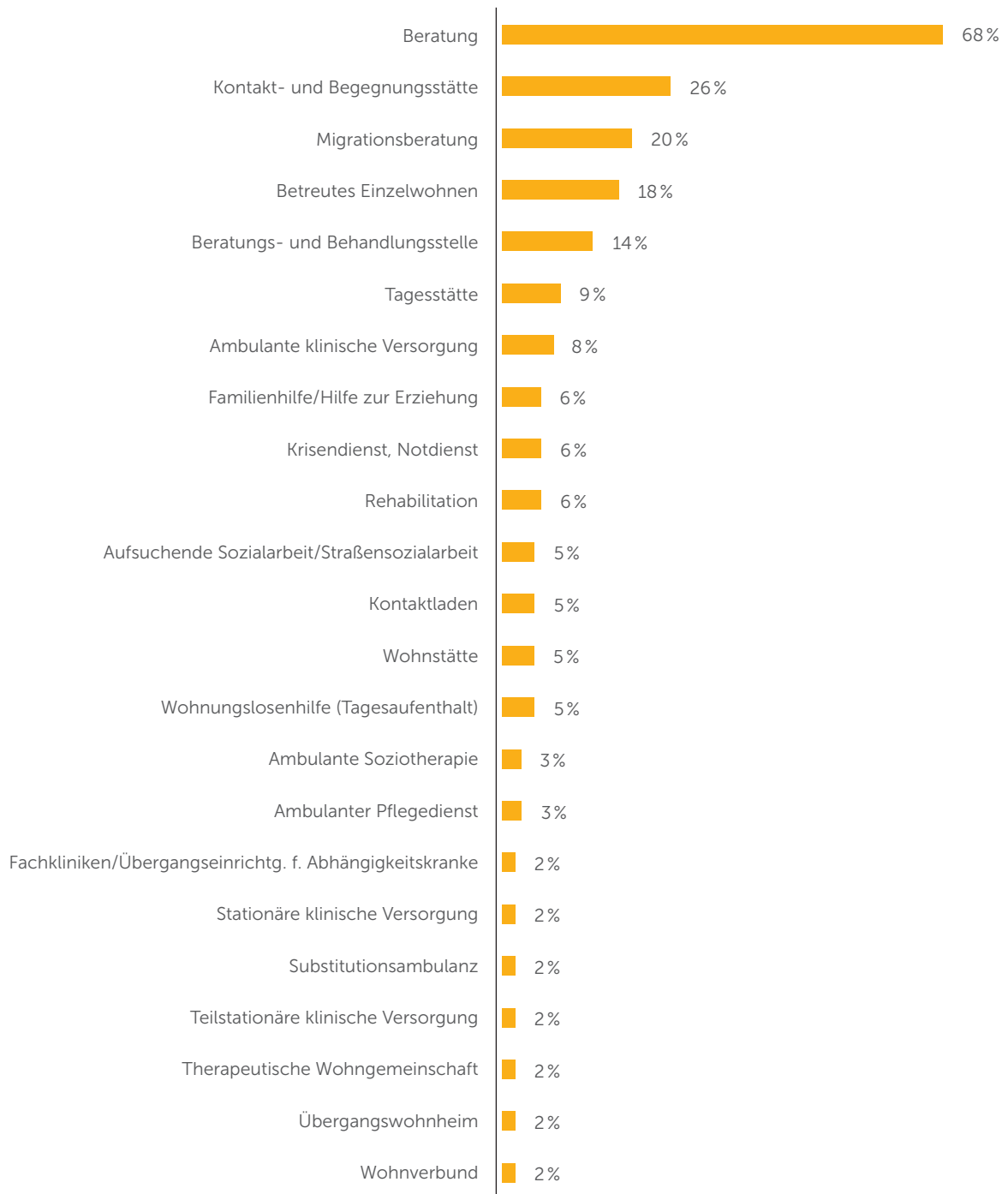
Die Leistungsbereiche und die Trägerlandschaft der befragten Einrichtungen sind vielfältig.

Während die Mehrheit der Befragten (68 %; 45) Beratung als integralen Teil ihrer Dienstleistungen sehen, verstehen

sich 26 % (17) der Einrichtungen als Kontakt- und Begegnungsstätte, 20 % (13) als Migrationsberatung und 18 % (12) als betreutes Einzelwohnen. Die 66 befragten Einrichtungen werden von 32 Trägern bzw. in Kooperation von unterschiedlichen Trägern geführt.

Abbildung 4

Typen der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (ohne Kliniken) in absoluten Zahlen



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=66) 2017. Mehrfachnennungen sind möglich.

Abbildung 5

Träger der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (ohne Kliniken)

AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.
Aidshilfe Frankfurt e.V. & Der PARITÄTISCHE (Mitglied)
Bischöfliches Ordinariat Limburg
Bundesverband Deutscher Stiftungen und BAGW Wohnungslosenhilfe
Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V.
Caritasverband (nicht Frankfurt)
Caritasverband Frankfurt e.V.
Der PARITÄTISCHE
Der PARITÄTISCHE, Sozialwerk Main Taunus e.V.
Deutsch-Iranische Beratungsstelle für Frauen und Mädchen e.V.
Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Deutsches Studentenwerk
Diakonisches Werk für Frankfurt am Main des Evangelischen Regionalverbandes
Diakonisches Werk für Frankfurt am Main des Evangelischen Regionalverbandes & Ev. Verein für Innere Mission
Evangelische Kirche in Hessen und Nassau
Evangelischer Regionalverband Frankfurt am Main
Gesamtverband für Suchthilfe, DHS
Goethe Universität Frankfurt
Haus der Volksarbeit e.V.
Hessische Krebsgesellschaft e.V. (Dt. Krebsgesellschaft)
Integrative Drogenhilfe e.V.
Internationales Familienzentrum e.V.
Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
Land Hessen
LIBS – Lesben Informations- und Beratungsstelle e.V.
Malteser Hilfsdienst e.V.
Notruf u. Beratung f. vergewaltigte Mädchen u. Frauen e.V., Bundesverband Frauenberatungsstellen u. Frauennotrufe Berlin (bff)
Ökumenische Trägerschaft: Caritasverband Frankfurt e.V. (geschäftsführend) und Diakonisches Werk für Frankfurt
pro familia – Ortsverband Frankfurt am Main e.V.
Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
Stiftung Waldmühle
Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V.

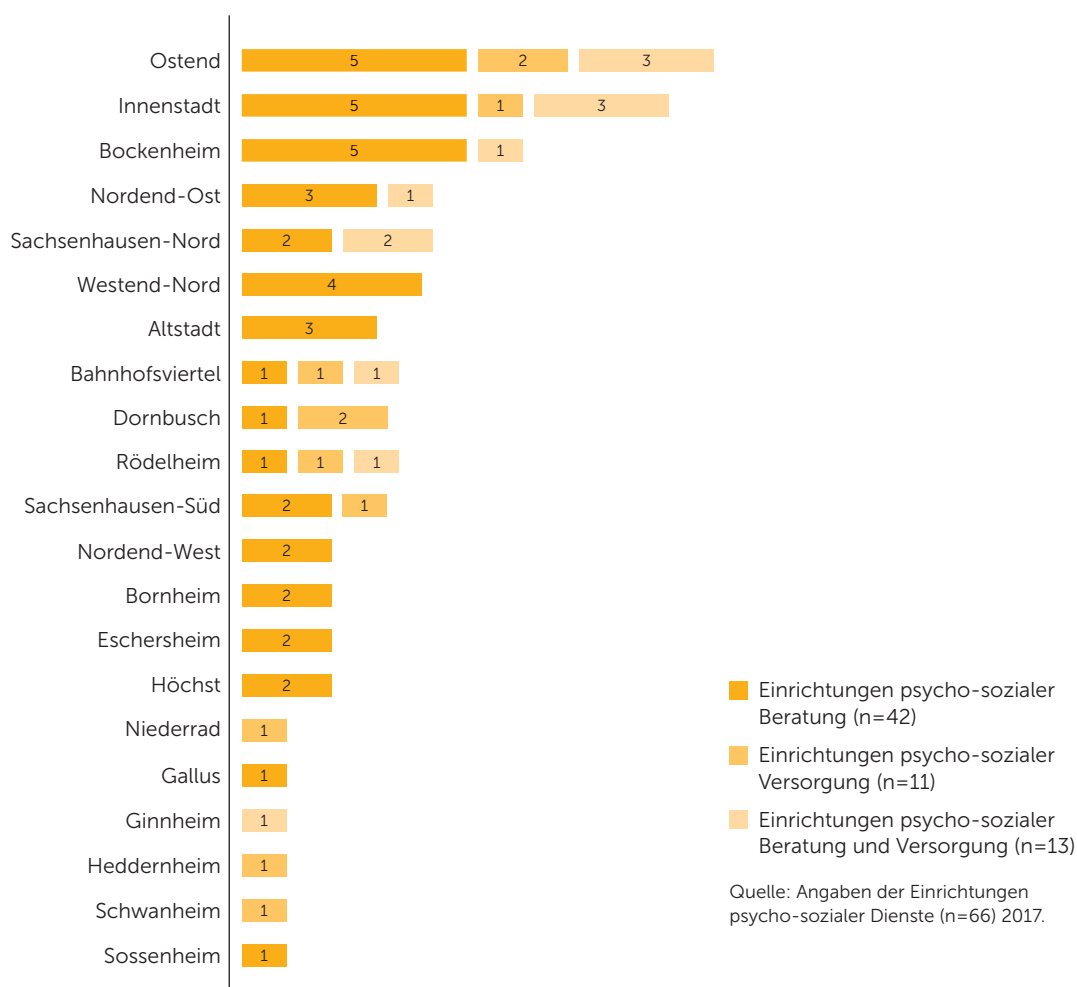
Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste 2017.

In den bevölkerungsreichsten Stadtteilen sind auch viele psycho-soziale Dienste vertreten.

Die Stadt Frankfurt am Main ist in 46 Stadtteile aufgeteilt. Dabei leben rund 30 % der Frankfurter Bevölkerung in den Stadtteilen Bockenheim, Gallus, Sachsenhausen-Nord, Sachsenhausen-Süd, Bornheim, Nordend-West und Ost-

end. Die Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligten, befinden sich in insgesamt 21 Stadtteilen und dabei mehrheitlich in den Stadtteilen Ostend, Innenstadt, Bockenheim, Nordend-Ost, Sachsenhausen-Nord und Westend Nord.

Abbildung 6
Standorte der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (ohne Kliniken) in absoluten Zahlen

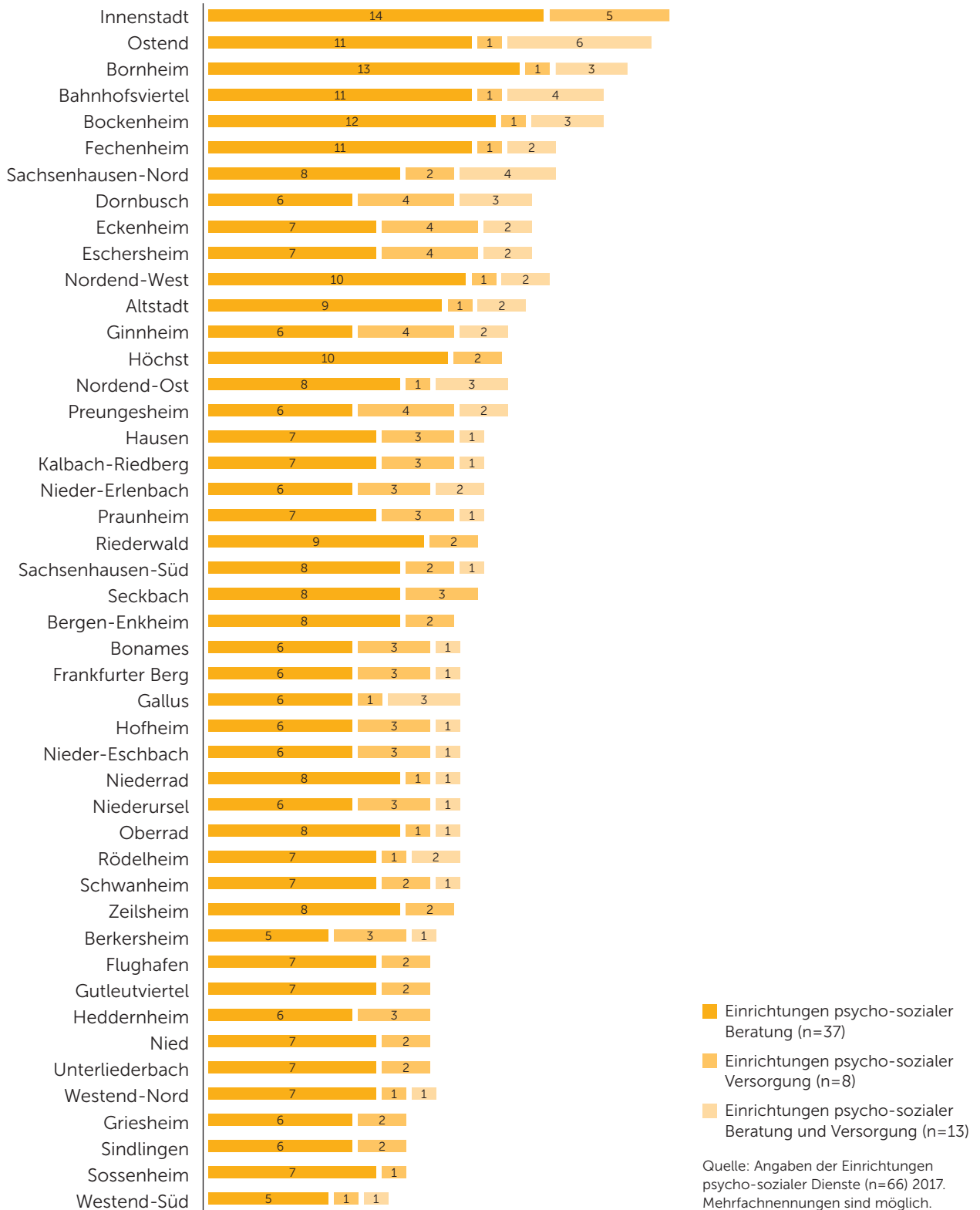


Da die befragten Einrichtungen in mehreren Stadtteilen aktiv arbeiten, sind insgesamt alle Frankfurter Stadtteile mit Angeboten psycho-sozialer Dienste abgedeckt. Die Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste sind in den bevölkerungsreichsten Stadtteilen Innenstadt, Ostend,

Bornheim, Bahnhofsviertel, Bockenheim, Fechenheim und Sachsenhausen-Nord am häufigsten aktiv. Dabei gibt es 8 (12 %) Einrichtungen, die ihre Angebote flächendeckend in allen Stadtteilen anbieten und 30 (45 %), die ausschließlich in dem Stadtteil aktiv sind, in dem sie angesiedelt sind.

Abbildung 7

Stadtteile, in denen die befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste aktiv sind in absoluten Zahlen



Zum Stichtag 1. September 2017 waren in den befragten Einrichtungen hauptsächlich weibliche Leitungs-, Fach- und Honorarkräfte tätig. Im Schnitt hatte jede dritte Person einen Migrationshintergrund, jede vierte war ehrenamtlich tätig (z. B. Lotsinnen und Lotsen, FSJ, BFD).

Die Personalstruktur der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste wurde zum Stichtag 1. September 2017 differenziert nach vier Positionen, Geschlecht und Migrationshintergrund der beschäftigten Personen erfasst und differenziert nach drei Einrichtungstypen ausgewertet. Auch wenn die Daten nur eine Momentaufnahme darstellen, lässt sich ein detailliertes Bild der Personalstruktur identifizieren.

In den Einrichtungen der **psycho-sozialen Beratung** lagen die Anteile der weiblichen Leitungskräfte bei 72 %, der Fachkräfte bei 83 %, der Honorarkräfte (einschl. der Übungsleiterinnen und Übungsleiter) bei 75 % und der Ehrenamtlichen bei 69 %. Dabei variierte der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund erheblich, je nach der Position in den Einrichtungen. So waren Menschen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger als Honorarkräfte (59 %) oder Ehrenamtliche (34 %) beschäftigt, denn als Leitungskräfte (27 %) oder Fachkräfte (24 %). Von insgesamt 503 Personen, die in den Beratungseinrichtungen beschäftigt waren (ohne Ehrenamt), hatten 162 einen Migrationshintergrund; dies entspricht einem Anteil von rund 32 %.

Abbildung 8

Personalstruktur der befragten Einrichtungen **psycho-sozialer Beratung**

	Frauen		Männer		Gesamt	
	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
Anzahl von Leitungskräften	43	72 %	17	28 %	60	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	11	26 %	5	29 %	16	27 %
Anzahl von Fachkräften (einschl. Voll- und Teilzeitkräfte sowie Fachkräfte in geringfügiger Beschäftigung)	272	83 %	57	17 %	329	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	64	24 %	15	26 %	79	24 %
Anzahl von Honorarkräften/ Übungsleiterinnen und Übungsleiter	86	75 %	28	25 %	114	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	49	57 %	18	64 %	67	59 %
Anzahl von Ehrenamtlichen (z. B. Lotsen_innen, FSJ, BFD)	143	69 %	64	31 %	207	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	56	39 %	15	23 %	71	34 %
Gesamt	544	77 %	166	23 %	710	100 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=42) 2017.

4 Ergebnisse

In den Einrichtungen der **psycho-sozialen Versorgung** waren die Leitungspositionen zwischen Frauen (50 %) und Männern (50 %) paritätisch verteilt. Als Fach- und Honorarkräfte waren Frauen in diesen Einrichtungen deutlich häufiger vertreten (74 % bzw. 63 %). Auch unter den Ehrenamtlichen war der Anteil von Frauen deutlich höher, er lag bei 73 %.

Menschen mit Migrationshintergrund waren in den Versorgungseinrichtungen deutlich häufiger als Fachkräfte (42 %) angestellt, denn als Leitungs- und Honorarkräfte (25 % bzw. 26 %). Unter den Ehrenamtlichen lag der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls bei 25 %. Von insgesamt 163 Personen, die in den Beratungseinrichtungen beschäftigt waren (ohne Ehrenamt), hatten 60 einen Migrationshintergrund; dies entspricht einem Anteil von rund 37 %.

Abbildung 9

Personalstruktur der befragten Einrichtungen **psycho-sozialer Versorgung**

	Frauen		Männer		Gesamt	
	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
Anzahl von Leitungskräften	8	50 %	8	50 %	16	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	2	25 %	2	25 %	4	25 %
Anzahl von Fachkräften (einschl. Voll- und Teilzeitkräfte sowie Fachkräfte in geringfügiger Beschäftigung)	83	74 %	29	26 %	112	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	39	47 %	8	28 %	47	42 %
Anzahl von Honorarkräften/ Übungsleiterinnen und Übungsleiter	22	63 %	13	37 %	35	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	5	23 %	4	31 %	9	26 %
Anzahl von Ehrenamtlichen (z. B. Lotsen_innen, FSJ, BFD)	35	73%	13	27%	48	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	9	26%	3	23%	12	25%
Gesamt	148	70%	63	30%	211	100 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Versorgung (n=10) 2017

In den Einrichtungen der **psycho-sozialen Beratung und Versorgung** waren Männer etwas häufiger vertreten als in den restlichen Einrichtungen. Dennoch: Auch hier waren Frauen in den Leitungspositionen (64 %), unter den Fachkräften (64 %) und Honorarkräften (70 %) überrepräsentiert. Von insgesamt 312 Personen, die hier beschäftigt waren

(ohne Ehrenamt), hatten 97 Personen einen Migrationshintergrund; dies entspricht einem Anteil von rund 31 %. Mit 42 % war der Anteil der Männer unter den Ehrenamtlichen in den Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung am höchsten und der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund mit 20 % am niedrigsten.

Abbildung 10

Personalstruktur der befragten Einrichtungen **psycho-sozialer Beratung und Versorgung**

	Frauen		Männer		Gesamt	
	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
Anzahl von Leitungskräften	18	64 %	10	36 %	28	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	5	28 %	4	40 %	9	32 %
Anzahl von Fachkräften (einschl. Voll- und Teilzeitkräfte sowie Fachkräfte in geringfügiger Beschäftigung)	135	64 %	76	36 %	211	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	48	36 %	24	32 %	72	34 %
Anzahl von Honorarkräften/ Übungsleiterinnen und Übungsleiter	51	70 %	22	30 %	73	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	8	16 %	8	36 %	16	22 %
Anzahl von Ehrenamtlichen (z. B. Lotsen_innen, FSJ, BFD)	38	58 %	28	42 %	66	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund	7	18 %	6	21 %	13	20 %
Gesamt	242	64 %	136	36 %	378	100 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung und Versorgung (n=13) 2017.

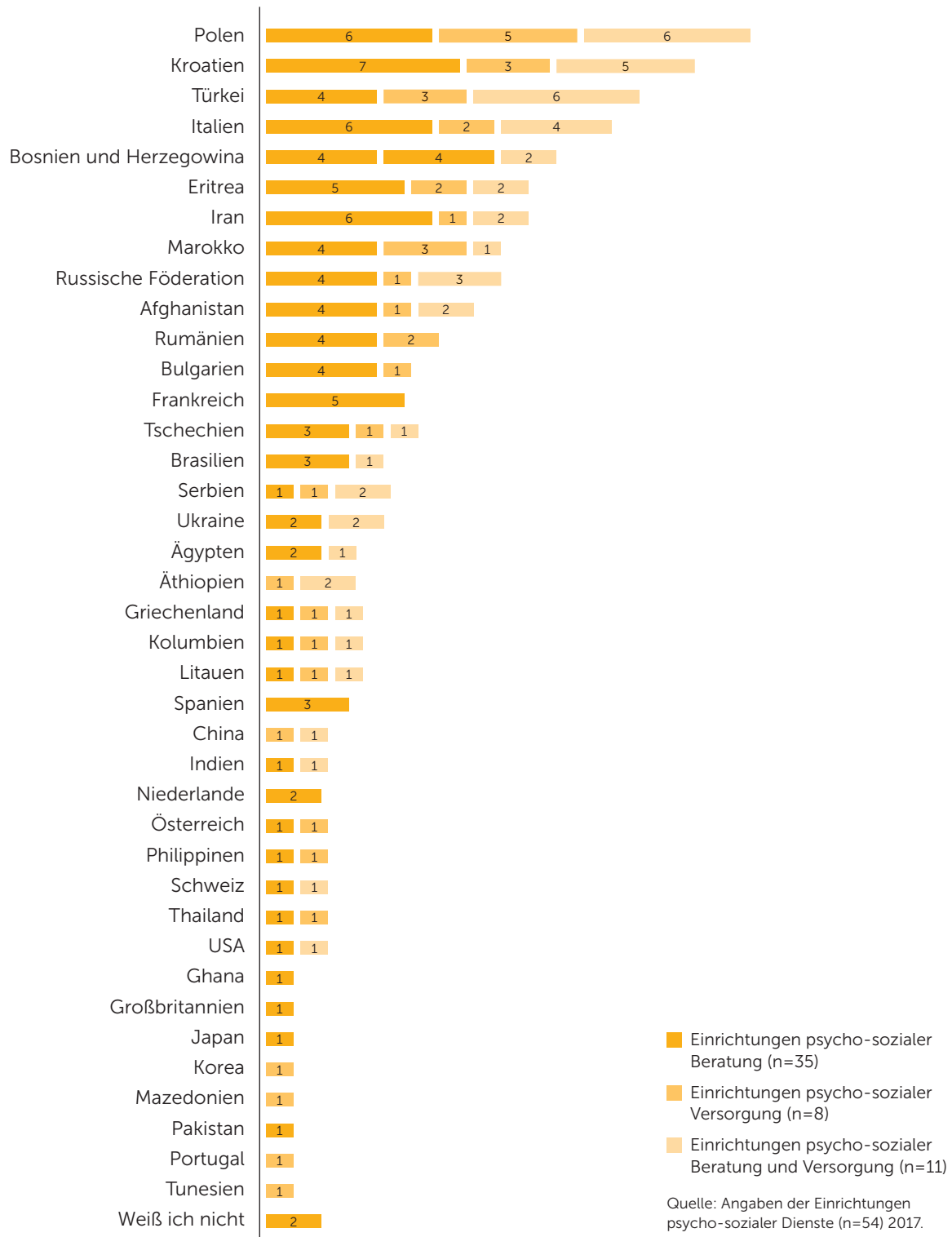
4 Ergebnisse

In 54 der befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste waren zum Stichtag 1. September 2017 Menschen mit Migrationshintergrund aus 39 Herkunftsländern beschäftigt (siehe Abbildung 11). Rund 82 % (54) der befragten Einrichtungen gaben an, dass bei ihnen Menschen mit Migrationshintergrund tätig waren. Dabei konnten nur zwei Einrichtungen keine Angaben zu Herkunftsländern der Beschäftigten machen. Bei den restlichen 52 Einrichtungen waren Menschen aus 39 Herkunftsländern tätig. Dabei stammte

- in 17 Einrichtungen zumindest eine Person aus Polen,
- in 15 Einrichtungen zumindest eine Person aus Kroatien,
- in 13 Einrichtungen zumindest eine Person aus der Türkei,
- in zwölf Einrichtungen zumindest eine Person aus Italien,
- in zehn Einrichtungen zumindest eine Person aus Bosnien und Herzegowina,
- in neun Einrichtungen zumindest jeweils eine Person aus Eritrea und/oder Iran.

Allerdings: Diese Ergebnisse geben keine Auskunft darüber, ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus diesen Herkunftsländern über alle Einrichtungstypen hinweg auch die Mehrheit der beschäftigten Personen mit Migrationshintergrund darstellen. So ist es möglich, dass Menschen aus Polen zwar in vielen Einrichtungen vertreten sind. Diese stellen jedoch nicht zwangsläufig die Mehrheit unter den tatsächlich beschäftigten Personen mit Migrationshintergrund über alle Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste hinweg dar.

Abbildung 11
Herkunftsländer von Beschäftigten mit Migrationshintergrund,
die zum Stichtag 1. September 2017 in den befragten Einrichtungen tätig waren



Vorgehaltene Angebote richten sich in den befragten Einrichtungen überwiegend an Erwachsene. Es gibt allerdings einzelne Einrichtungen, die bestimmte Angebote auch für Kinder und Jugendliche vorhalten (siehe Abbildung 12).

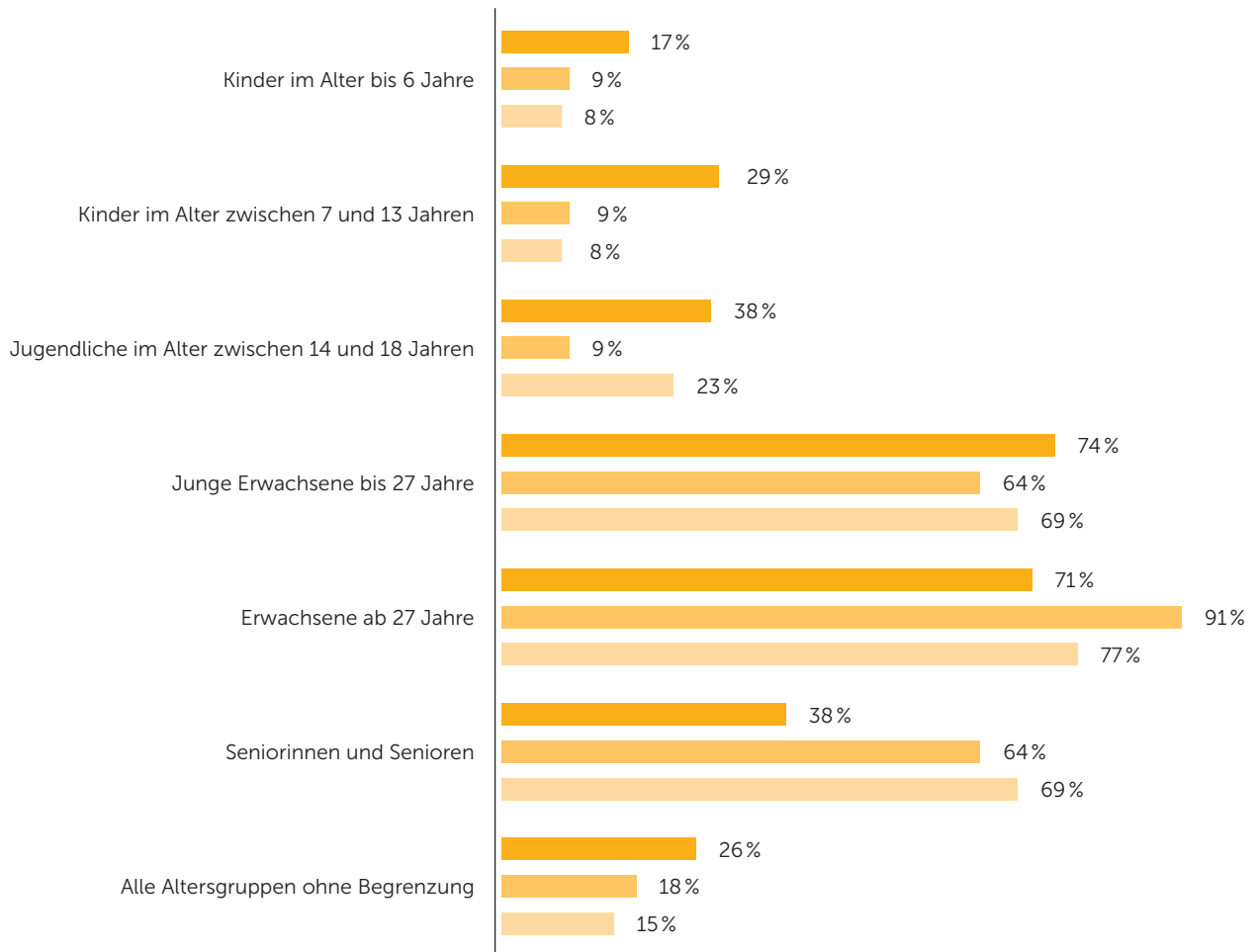
Nach Angaben der Befragten wird in jeder vierten Beratungseinrichtung zwischen den Altersgruppen der vorgehaltenen Angebote nicht unterschieden. Beratungsangebote können also sowohl von Kindern und Jugendlichen als auch Erwachsenen in Anspruch genommen werden.

In den Versorgungseinrichtungen sind Angebote für Kinder und Jugendliche eher unüblich. In der Mehrheit der Einrichtungen werden vorgehaltene Angebote nach Altersgruppen der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen

und Klienten differenziert. So werden Angebote für Kinder im Alter bis sechs Jahre in 17 % der Beratungseinrichtungen, 9 % der Versorgungseinrichtungen und 8 % der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen vorgehalten. Angebote für Kinder im Alter zwischen sieben und 13 Jahren werden in 29 % der Beratungseinrichtungen, 9 % der Versorgungseinrichtungen und 8 % der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen vorgehalten. Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren können Angebote in 38 % der Beratungseinrichtungen, 9 % der Versorgungseinrichtungen und 23 % der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen vorfinden. Die absolute Mehrheit der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste hält Angebote für Menschen ab dem 18. Lebensjahr vor.

Abbildung 12

Zielgruppen der Angebote, die in den befragten Einrichtungen vorgehalten werden, differenziert nach Altersgruppen in Prozent



- Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=42)
- Einrichtungen psycho-sozialer Versorgung (n=11)
- Einrichtungen psycho-sozialer Beratung und Versorgung (n=13)

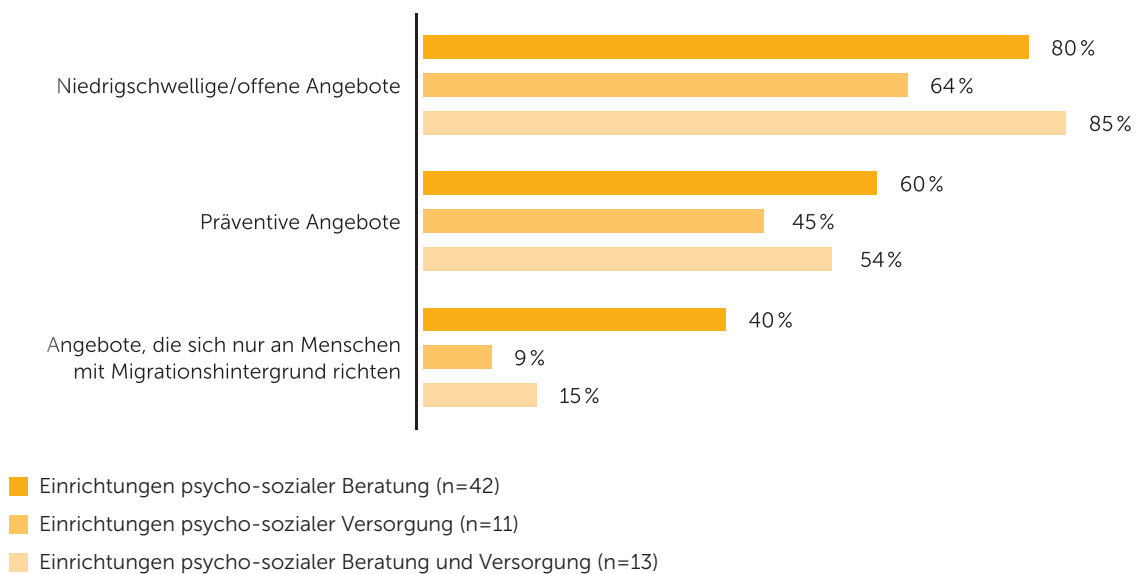
Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=66) 2017. Mehrfachnennungen sind möglich.

Die Mehrheit der befragten Einrichtungen bietet niedrigschwellige/offene Angebote an. Viele setzen auch präventive Dienste um. Angebote, die sich nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten, werden in Beratungsstellen deutlich häufiger als in Versorgungseinrichtungen vorgehalten.

Niedrigschwellige/offene Angebote der psycho-sozialen Dienste sind in Frankfurt am Main eher die Regel als Ausnahme. So geben 80 % der befragten Beratungs-, 64 % der Versorgungs- und 85 % der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen an, dass sie Angebote bereitstellen, die kurzfristig, kostenlos und ohne Versicherungskarte genutzt werden können. Präventive Angebote wie z.B. themenspezifische Informationsveranstaltungen für bestimmte Zielgruppen (Geflüchtete, Eltern, Familien etc.)

zu verschiedenen Themen (Suchtberatung, HIV, Kindererziehung, Prävention von Wohnraumverlust, Prävention bei Gewalt, bei existenziellen Notlagen etc.) werden von 60 % der Beratungs-, 46 % der Versorgungs- und 54 % der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen umgesetzt. Angebote, die sich nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten, werden in 40 % der Beratungseinrichtungen (Sprechstunde auf Italienisch, Rumänisch etc.), in 9 % der Versorgungseinrichtungen (Versorgung von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten) und in 15 % der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen (Schwangerschaftsberatung für geflüchtete Frauen, psycho-soziale Beratung ausländischer Studierender, Beratung und Betreuung minderjähriger Geflüchteter) vorgehalten.

Abbildung 13
Niedrigschwellige, präventive und migrantenspezifische Angebote nach Einrichtungsart des psycho-sozialen Dienstes in Prozent



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=64) 2017.

Es gibt nur neun Einrichtungen, deren Angebote sich an alle Menschen richten; die übrigen stellen ihre Angebote für Menschen mit mehr als 30 spezifischen Merkmalen bereit. Der Fokus auf Erwachsene lässt sich teilweise durch diese inhaltliche Schwerpunktsetzung erklären.

Insgesamt konnten mehr als 30 spezifische Zielgruppen identifiziert werden, für die Beratungs- und/oder Versorgungsangebote in Frankfurt am Main vorgehalten werden. Diese spezifischen Angebote richten sich in

- 24 (36 %) Einrichtungen insbesondere an Frauen
- 15 (23 %) Einrichtungen vor allem an Männer
- 16 Einrichtungen an Menschen mit Beeinträchtigungen
- 16 Einrichtungen an Eltern/Erziehungs- und Personensorgeberechtigte
- 14 Einrichtungen an süchtige Menschen (ohne Fokus auf drogenabhängige Menschen)
- elf Einrichtungen an drogenabhängige Menschen
- jeweils elf Einrichtungen an schwangere Frauen und/oder Frauen mit Fluchterfahrung
- acht Einrichtungen an Männer mit Fluchterfahrung
- zehn Einrichtungen an trans-, intergeschlechtliche oder queere Menschen

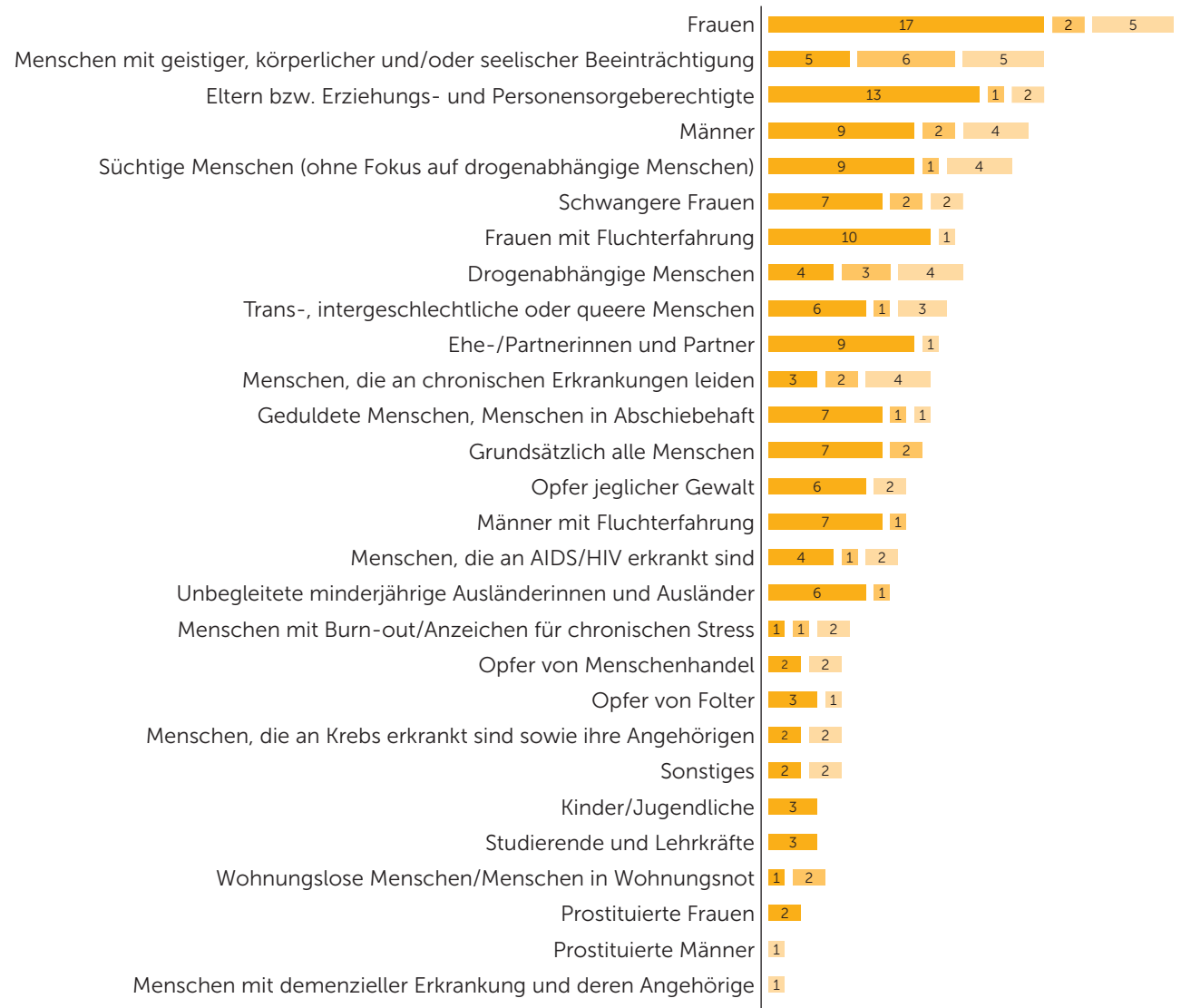
Eher selten gibt es in den befragten Einrichtungen Angebote für prostituierte Frauen (zwei Angebote) und prostituierte Männer (ein Angebot).

Ein Beratungs- und/oder Versorgungsangebot speziell für Menschen mit demenzieller Erkrankung und deren Angehörigen hält nur in eine der befragten Einrichtungen vor. Vor dem Hintergrund, dass in Frankfurt am Main etwa 13.000 Menschen mit Demenz leben (bei etwa 1.400 neuen Erkrankungsfällen pro Jahr),³ ist dieser Befund besonders auffällig. Im besten Fall weist er darauf hin, dass sich Beratungsstellen für diese Zielgruppe nicht an der Befragung beteiligt haben bzw. bei der Erfassung der Grundgesamtheit unerkannt geblieben sind. Im schlimmsten Fall deutet dieses Ergebnis auf eine gravierende Unterversorgung hin. Eine abschließende Beurteilung konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht getätigt werden.

³ Auf diese Zahlen wird aktuell auf der Internetseite der Alzheimer Gesellschaft Frankfurt verwiesen. <https://www.frankfurt-alzheimer.de/>, letzter Zugriff am 30. April, 2018.

Abbildung 14

Zielgruppen der Angebote, differenziert nach deren spezifischen Merkmalen in absoluten Zahlen



■ Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=42)
 ■ Einrichtungen psycho-sozialer Versorgung (n=11)
 ■ Einrichtungen psycho-sozialer Beratung und Versorgung (n=13)

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=66) 2017.

Bei Verständigungsproblemen kann das Personal in fast allen befragten Einrichtungen (94 %; 62) Beratungs- und/oder Versorgungsangebote in einer anderen Sprache bzw. anderen Sprachen als Deutsch durchführen.

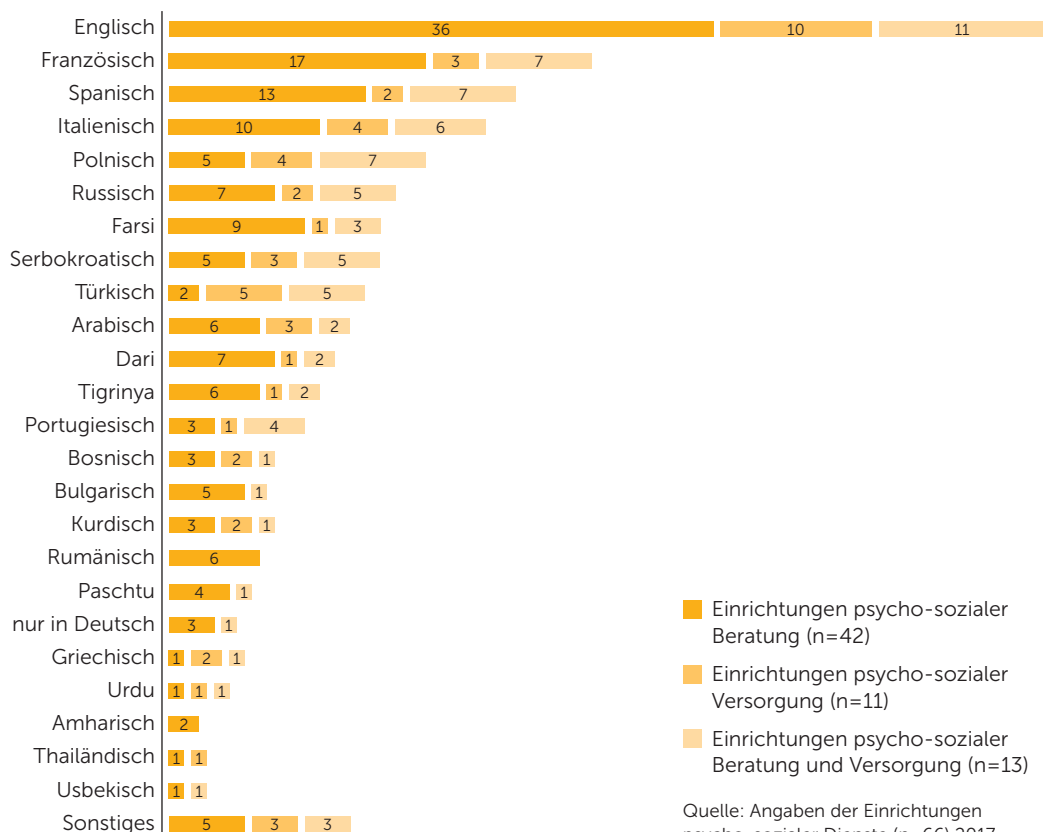
Es gibt nur drei Beratungseinrichtungen und eine Einrichtung für psycho-soziale Beratung- und Versorgung, deren Personal ausschließlich Deutsch spricht. Bei Bedarf bestehen hier allerdings Kooperationen mit anderen Einrichtungen und/oder Honorarkräften, so dass diese Einrichtungen Leistungen in anderen Sprachen erbringen können.

In den restlichen 62 Einrichtungen können die Mitarbeitenden auf ihre persönlichen Sprachkenntnisse zurückgreifen und ihre Beratungs- und/oder Versorgungsangebote bei Verständigungsproblemen in anderen Sprachen als Deutsch erbringen. Dabei variierte die Zahl der „abgedeck-

ten“ Fremdsprachen pro Einrichtung zwischen einer und 16 und stand erwartungsgemäß in Relation zur Anzahl der Fachkräfte in den Einrichtungen insgesamt sowie zur Anzahl der Fachkräfte mit Migrationshintergrund. Mit anderen Worten: Mit steigender Anzahl an Fachkräften insgesamt bzw. wachsender Anzahl an Fachkräften mit Migrationshintergrund steigt auch die Anzahl der (Fremd-)Sprachen in den Einrichtungen. Leistungen in leichter Sprache und Gebärdensprache bietet jeweils eine Einrichtung an.

Insgesamt haben die Befragten von etwas mehr als 30 Sprachen berichtet. Die zehn am häufigsten genannten waren Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch, Polnisch, Russisch, Farsi, Serbokroatisch, Türkisch und Arabisch. Dabei können Leistungen auf Englisch in 88 % (58), auf Französisch in 41 % (26) und auf Spanisch in 33 % (22) der befragten Einrichtungen erbracht werden.

Abbildung 15 Sprachen, die durch das Personal der befragten Einrichtungen bei der Umsetzung von Beratungs- und/oder Versorgungsangeboten genutzt werden können, in absoluten Zahlen



4.2 Inanspruchnahme der Angebote psychosozialer Beratung und Versorgung von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016

Insgesamt nutzten Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2016 Angebote der psycho-sozialen Beratung und Versorgung etwa gleich häufig bzw. entsprechend der Struktur der Frankfurter Bevölkerung. Angebote der psycho-sozialen Beratungs- und Versorgungseinrichtungen wurden hingegen überwiegend von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen.

Bevor die Ergebnisse hinsichtlich der Nutzenden der Angebote der psycho-sozialen Beratung und Versorgung im Jahr 2016 detailliert dargestellt werden, sollen Hinweise bzgl. konkreter Einschränkungen der Datenqualität und Dateninterpretation offengelegt werden.

Zum einen wurden die Befragten gebeten, ihre Angaben zu ihren Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten im Jahr 2016 in absoluten Zahlen zu machen. Lagen diese Zahlen nicht vor, so sollten sie eine Einschätzung abgeben. Da Daten zum Migrationshintergrund der Nutzenden in der Mehrheit der Einrichtungen elektronisch erfasst wurden (54 %, 36) und in weiteren 25 % (17) der Einrichtungen dies zumindest teilweise stattfand, kann von einer überdurchschnittlich guten Qualität der Angaben ausgegangen werden.

Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass Personen, die ggf. mehrere Beratungs- und Versorgungsangebote in verschiedenen Einrichtungen genutzt haben, in den kumulierten Zahlen auch mehrfach gezählt wurden. Während nach Angaben der 65 befragten Einrichtungen die gesamte Anzahl der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten im Jahr 2016 bei 180.213 Personen lag, summierte sich die Anzahl der Klientinnen und Klienten von vier Einrichtungen, die in den Bereichen der Wohnungslosen- und Drogenhilfe aktiv waren, auf 132.494 Personen bzw. 74 % aller Nutzenden der psycho-sozialen Dienste. Daher wäre es angemessen, nicht über die Anzahl der Nutzenden, sondern die Anzahl der Beratungs- und Be-

handlungsfälle zu sprechen. Die restlichen 47.719 Personen waren Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der anderen 61 Einrichtungen. Dabei hatten 53 % (25.326) dieser Personen einen Migrationshintergrund. Bei den weiteren Analysen wird auf eine Unterscheidung zwischen den Nutzenden der o. g. vier Einrichtungen und den restlichen Einrichtungen zwar verzichtet, mögliche Abweichungen gilt es jedoch stets zu beachten.

Insgesamt haben 21 % (38.130) der Klientinnen und Klienten Angebote der psycho-sozialen Beratung genutzt, 37 % (67.399) solche der psycho-sozialen Versorgung und 41 % (74.684) der psycho-sozialen Beratung und Versorgung. Dabei variierte der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund erheblich. Während Angebote der Einrichtungen mit ausschließlich Beratungs- oder ausschließlich Versorgungsleistungen gleichermaßen genutzt wurden (56 % bzw. 51 %), waren Menschen mit Migrationshintergrund bei psycho-sozialer Beratung und Versorgung in der Überzahl (73 %).

Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass in den Einrichtungen, die entweder Beratung oder Versorgung anbieten, etwas weniger als jede dritte Person Verständigungsprobleme in der deutschen Sprache hatte. In den Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung lag der Anteil bei 83 %. Einerseits ist dieses Ergebnis darin begründet, dass Angebote der Beratungseinrichtungen häufiger auf die Gesamtbevölkerung ausgerichtet sind und entsprechend von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen bzw. entsprechend der Struktur der Gesamtbevölkerung in Frankfurt am Main in Anspruch genommen werden. Andererseits deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Angebote der Einrichtungen, die sowohl Beratung als auch Versorgung anbieten, ggf. gezielt auf bestimmte Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund (z. B. Geflüchtete) zugeschnitten sind – und/oder aufgrund von bestimmten Lebenslagen maßgeblich von Menschen mit Migrationshintergrund (z. B. Wohnungslosigkeit) aufgesucht werden. Auf eine deutliche Veränderung der Zielgruppe der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen wurde auch im Auswertungsworkshop hingewiesen. Mit den nachfolgenden Zitaten wird diese Entwicklung beispielhaft erläutert.

Abbildung 16

Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste im Jahr 2016

	N	Min	Max	Summe	Anteil
Anzahl der Personen, die Angebote der Beratungseinrichtungen in Anspruch genommen haben	42	30	5.000	38.130	100 %
Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	39	10 %	100 %	21.238	56 %
Anteil von Menschen mit Verständigungsproblemen in der deutschen Sprache	37	0 %	100	11.153	29 %
Anzahl der Personen, die Angebote der Versorgungseinrichtungen in Anspruch genommen haben	10	25	44.000	67.399	100 %
Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	10	20 %	60 %	34.561	51 %
Anteil von Menschen mit Verständigungsproblemen in der deutschen Sprache	10	5 %	40 %	20.587	31 %
Anzahl der Personen, die Angebote der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen in Anspruch genommen haben	13	82	52.526	74.684	100 %
Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	12	17 %	99 %	54.205	73 %
Anteil von Menschen mit Verständigungsproblemen in der deutschen Sprache	13	0 %	75 %	44.973	83 %
Gesamt	65	0 %	100 %	180.213	*
	61*	0 %	100 %	179.667	100 %
Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	61	0 %	100 %	112.722	63 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung 2017. *Aufgrund der fehlenden Angaben zum Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund bei vier Einrichtungen konnte hierzu keinen Wert ermittelt werden.

„Und in der sozialen Beratung, wo es ja viel darum geht, wie komme ich mit den Kindern zurecht mit wenig Geld, Wohnsituation in Frankfurt ist ganz prekär. Und davon sind natürlich viele Menschen mit Migrationshintergrund auch betroffen. Und deshalb haben wir auch immer mehr Klientinnen und Klienten, die aus dem Bereich zu uns kommen.“

(AW_9)

„Habe in der Wohnungslosenhilfe eigentlich so die Entwicklung über die zwei Jahrzehnte mitbekommen, wie das Publikum von anfangs doch eher deutschen Klienten zu immer mehr internationalem Publikum sich entwickelt hat.“

(AW_6)

Angebote der befragten psycho-sozialen Dienste wurden im Jahr 2016 von Personen aus mehr als 60 Herkunftsländern in Anspruch genommen.

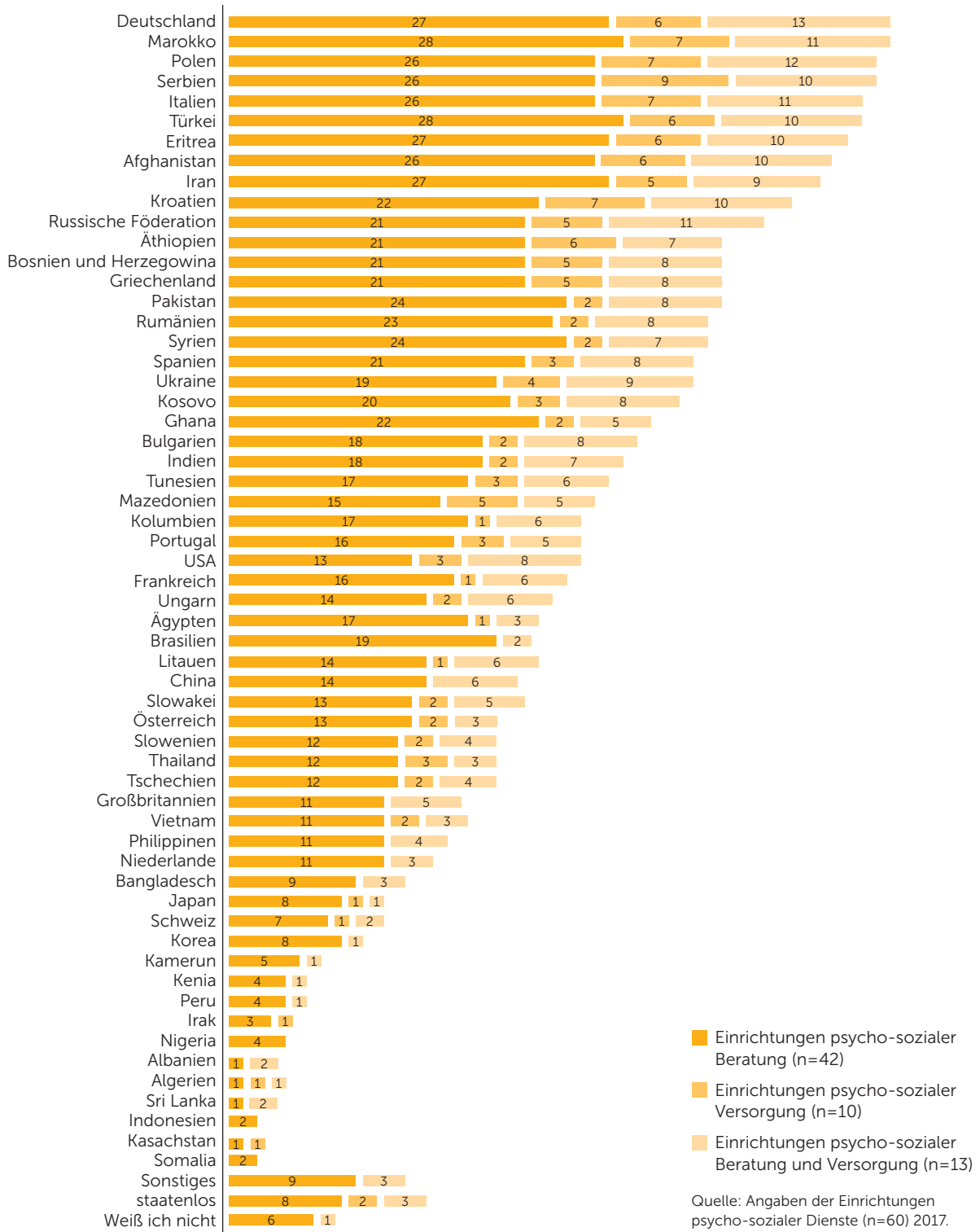
Gemäß der Melderegister lebten in Frankfurt am Main im Jahr 2015 Menschen aus 178 Staaten bzw. „über 90 % der 194 Staatsangehörigkeiten der Welt“ (Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat 2017, S. 39). Die zehn am häufigsten in Frankfurt vertretenen Bevölkerungsgruppen nach Staatsangehörigkeiten waren: Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit (12,89 %), mit kroatischer (7,26 %), mit italienischer (7,15 %), mit polnischer (6,72 %), mit rumänischer (4,78 %), mit serbischer (4,17 %), mit bulgarischer (3,78 %), mit spanischer (3,37 %), mit griechischer (3,19 %) und mit marokkanischer Staatsangehörigkeit (2,83 %). Diese Diversität der Bevölkerung spiegelt sich in den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung wider.

Nach Angaben der befragten Einrichtungen haben im Jahr 2016 Menschen aus mehr als 60 Staaten deren Beratungs- und/oder Versorgungsleistungen in Anspruch genommen. Nur sieben Einrichtungen machten keine Angaben zu den Herkunftsländern ihrer Klientinnen und Klienten. In den anderen 59 Einrichtungen variierte die Zahl der Herkunfts-

länder zwischen zwei und 50. Im Durchschnitt lag sie bei 23. Dabei lässt sich aus den generierten Daten feststellen, aus welchen Herkunftsländern die Menschen stammten, mit denen die Einrichtungen insgesamt bzw. mehrheitlich gearbeitet haben – jedoch nicht, aus welchen Staaten bzw. Herkunftsländern die Klientinnen und Klienten der Beratungs- und/oder Versorgungsleistungen am häufigsten kommen.

So können die Daten in Abbildung 17 wie folgt interpretiert werden: Menschen deutscher Herkunft waren Klientinnen und Klienten in 64 % (27) der Beratungs-, in 60 % (6) der Versorgungs- und in 100 % (13) der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen; Menschen marokkanischer Herkunft waren Klientinnen und Klienten in 67 % (28) der Beratungs-, 70 % (7) der Versorgungs- und 85 % (11) der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen. Die Zahl der unter den Klientinnen und Klienten vertretenen Staatsangehörigkeiten korrespondiert weitgehend mit jener der eingangs erwähnten Herkunftsländer der Frankfurter Bevölkerung. Die am stärksten vertretenen Staatsangehörigkeiten waren deutsch, marokkanisch, polnisch, serbisch, italienisch, türkisch, eritreisch, afghanisch, iranisch und kroatisch.

Abbildung 17
Herkunftsländer der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten
der befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste 2016



Bei Verständigungsproblemen mit Klientinnen und Klienten ohne hinreichende Deutschkenntnisse greifen die befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste deutlich häufiger auf die Fremd- und Muttersprachkompetenzen der Mitarbeitenden zurück als auf andere Möglichkeiten wie z. B. Dolmetscherdienste.

Werden die Erkenntnisse bzgl. der Vielfalt der Herkunftsländer mit den Erkenntnissen hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Sprachkompetenzen der Mitarbeitenden vergleichend betrachtet, so wird klar: Die Vielfalt der Herkunftsländer der Klientinnen und Klienten ist erwartungsgemäß deutlich größer als die Vielfalt der Sprachkompetenzen der Mitarbeitenden. Zur Verdeutlichung: Während 46 Einrichtungen berichteten, dass sie Klientinnen und Klienten aus Marokko hatten, war es nur in elf Einrichtungen möglich, Beratungs- und/oder Versorgungsleistungen in arabischer Sprache zu erbringen.

Auf die in den vergangenen Jahren deutlich gestiegene Zahl der Herkunftsländer sowie damit einhergehende sprachliche Herausforderungen wurde im Auswertungsworkshop hingewiesen:

„Unsere Beratungsstelle hat im Laufe der letzten Jahre festgestellt, dass sie mit Menschen aus 60 oder 70 Nationen arbeiten, was natürlich in der Praxis bedeutet, wenn man das noch mal mit Sprachen multipliziert, das können wir gar nicht leisten. Schwerpunkt unserer Klientel sind natürlich Menschen aus den Ländern der Europäischen Union, im Wesentlichen aus Osteuropa und Südosteuropa. Aber es sind auch viele Menschen aus Nordafrika, aus schwarzafrikanischen Ländern bei uns.“

(AW_6)

Da es unrealistisch ist, der Vielfalt an Sprachen und Kulturen der Klientinnen und Klienten einer äußerst diversen Stadtbevölkerung jemals durch mehrsprachiges Personal gerecht zu werden, gibt es verschiedene Instrumente bzw. Möglichkeiten, um die Verständigung mit Klientinnen und Klienten mit nicht hinreichenden Deutschkenntnissen zu gewährleisten. Dazu zählen z. B. professionell Dolmetschende, Telefondolmetschende oder Kulturmittlerinnen

und Kulturmittler. In der Praxis greifen die Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste jedoch deutlich häufiger auf Fremd- und Muttersprachkompetenzen der Mitarbeitenden zurück. So berichteten auch die interviewten Expertinnen und Experten darüber, dass die Einstellung von Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern in ihren Einrichtungen von hoher Bedeutung ist.

„Auch wir haben das Problem, es sind so viele Sprachen, wir können ein bisschen was abdecken, weil wir Muttersprachlerinnen haben. Bei Weitem nicht alles. Englisch wird zunehmend wichtig in der Beratung. Und Französisch haben wir jetzt zum Glück auch so im Programm. Also wir gucken auch, dass wir da personell uns da aufrüsten, sprachlich aufrüsten. Aber das ist eine riesen Aufgabe und es wird mehr.“

(AW_9)

Familienangehörige der Klientinnen und Klienten ab 18 Jahren werden in 48 % (20) der Beratungseinrichtungen, in 27 % (3) der Versorgungseinrichtungen und in 38 % (5) der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen manchmal, oft oder sogar sehr oft bei Verständigungsproblemen hinzugezogen. Die Unterstützung von externen und/oder internen professionell Dolmetschenden sowie ehrenamtlich aktiven Menschen wurde im Jahr 2016 insgesamt selten genutzt. Dabei weisen sowohl die befragten Einrichtungen als auch die interviewten Expertinnen und Experten explizit darauf hin, dass ihnen ein Pool an qualifizierten Dolmetschenden und auch finanzielle Mittel für Dolmetscherdienste fehlen.

Es reicht aber nicht, einen Pool an Menschen zu haben, die über bestimmte Sprachkenntnisse verfügen. In Beratungssituationen geht es in der Regel um sensible Fragen, psychische Belastungen und Wahrnehmungen. Das kann für unprofessionell Dolmetschende mitunter psychisch belastend und/oder überfordernd sein. Auch eine qualifizierte Beratung bzw. Behandlung erschwert solch eine Konstellation. Dieser Aspekt wird in den nachfolgenden Zitaten beleuchtet:

„Und Dolmetscherpool ist bei der sozialen Beratung für uns hilfreich, aber nicht bei der Beratung zu psychischen Belastungen. Weil da ist es einfach so... Da ist eine dritte Person im Raum, das stört ein bisschen die sehr vertrauensvolle – ja, den Kontakt letztlich. Und von daher denke ich, dass ein muttersprachliches Beratungsangebot an der Stelle jetzt entscheidend ist. Wir haben

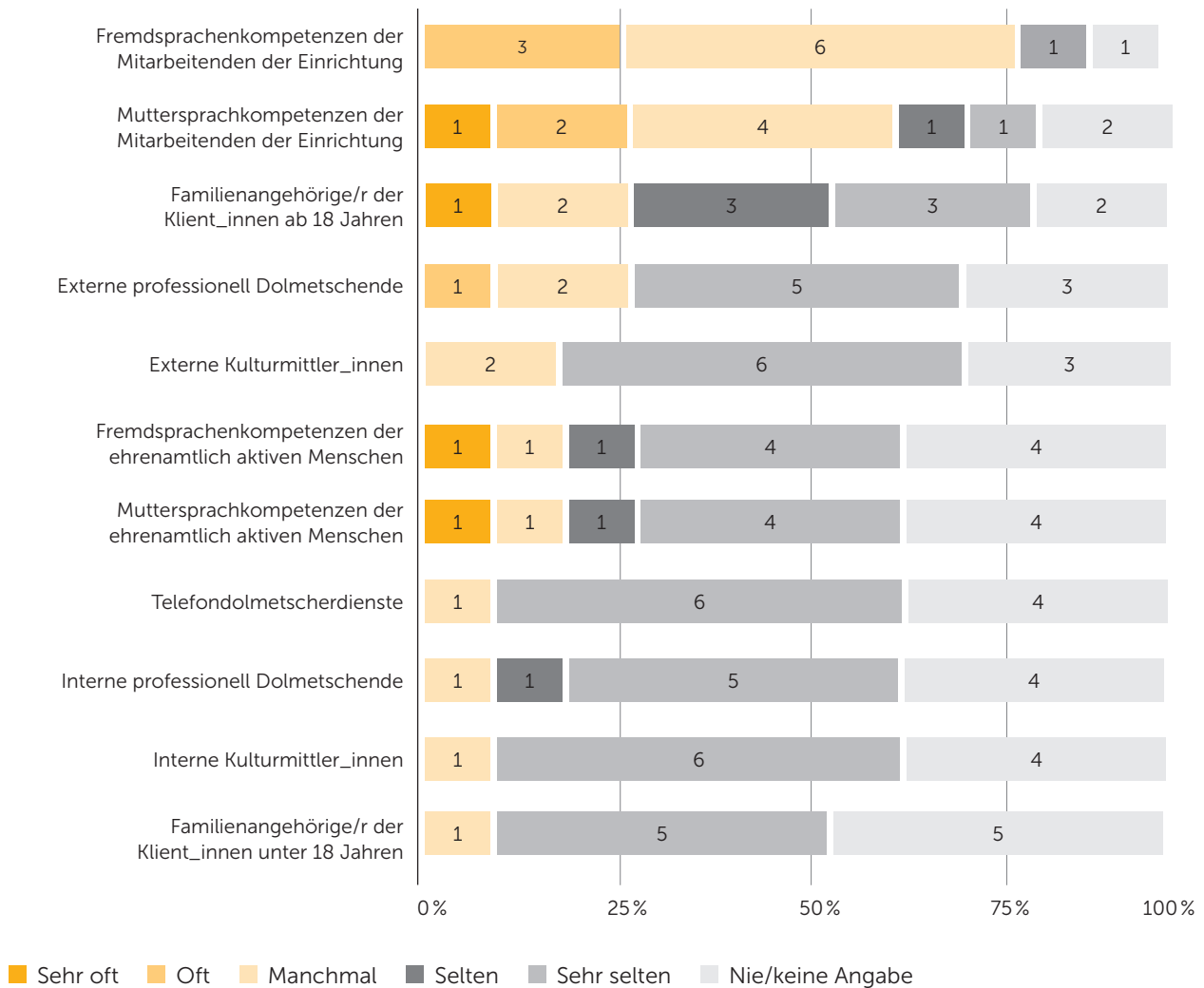
das auch alles versucht, mit Dolmetschern, mit Angehörigen, die übersetzt haben. Wie gesagt, es funktioniert in dem Bereich der sachlichen Fragestellung ganz gut, aber da, wo es wirklich um die absoluten Feinheiten geht und um die ganz intimen Themen nicht.“
(AW_43)

Abbildung 18
Nutzen von verschiedenen Möglichkeiten in den befragten Beratungseinrichtungen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=42) 2017.

Abbildung 19
Nutzen von verschiedenen Möglichkeiten in den befragten Versorgungseinrichtungen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten



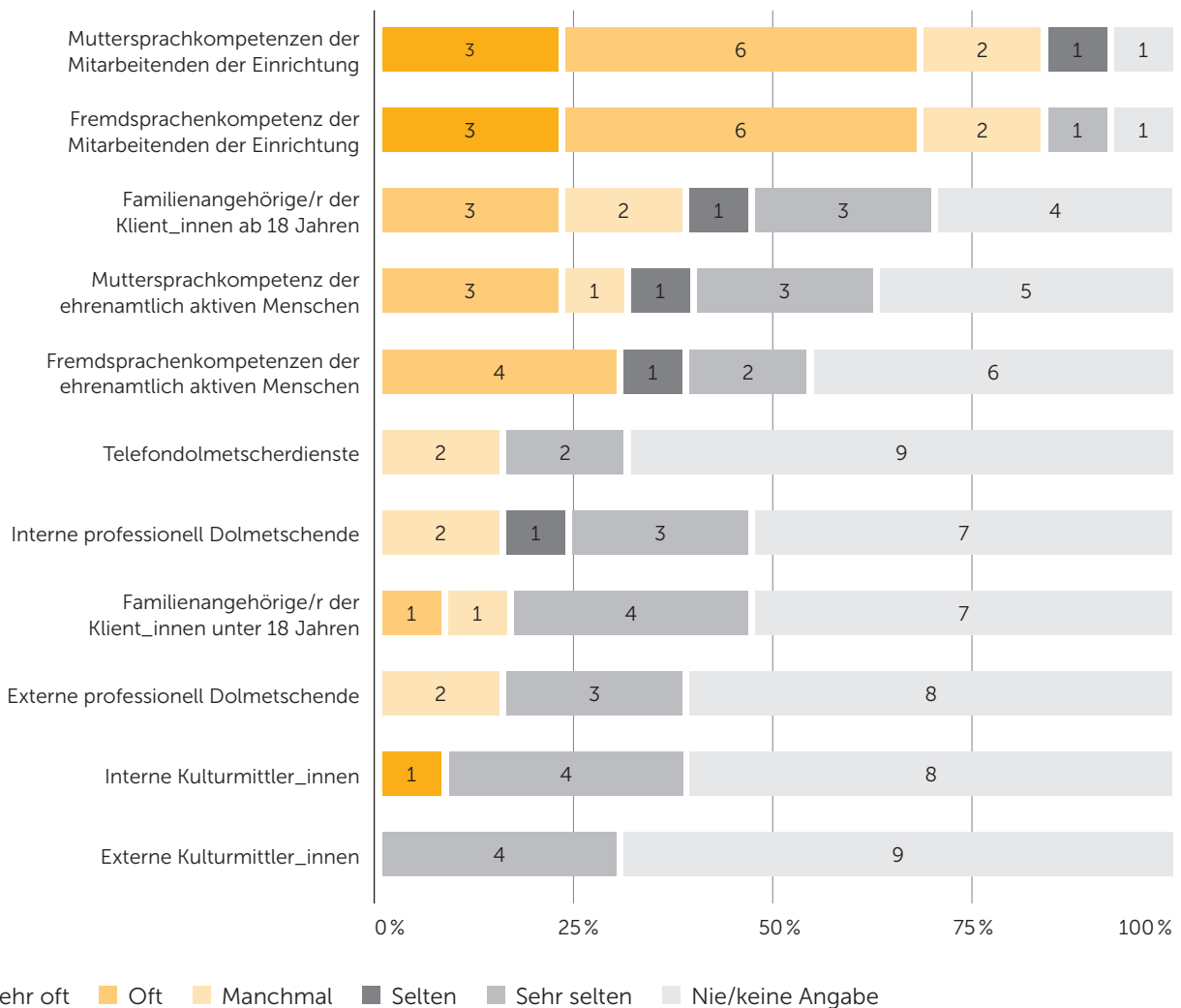
Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Versorgung (n=11) 2017.

„Weil ich habe immer wieder erlebt, dass man Dolmetscher auch arg überfordert mit recht schwierigen Fällen. Und das ist natürlich für jemand, der eine Fachprofession hat, also Ärztin, Sozialarbeiter ist und auch noch Sprache beherrscht, ist es natürlich ein anderes Niveau.“
 (AW_29)

Interne und/oder externe Kulturmittlerinnen und Kulturmittler setzen nur einzelne Einrichtungen ein.

Abbildung 20

Nutzen von verschiedenen Möglichkeiten in den befragten Beratungs- und Versorgungseinrichtungen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung und Versorgung (n=13) 2017.

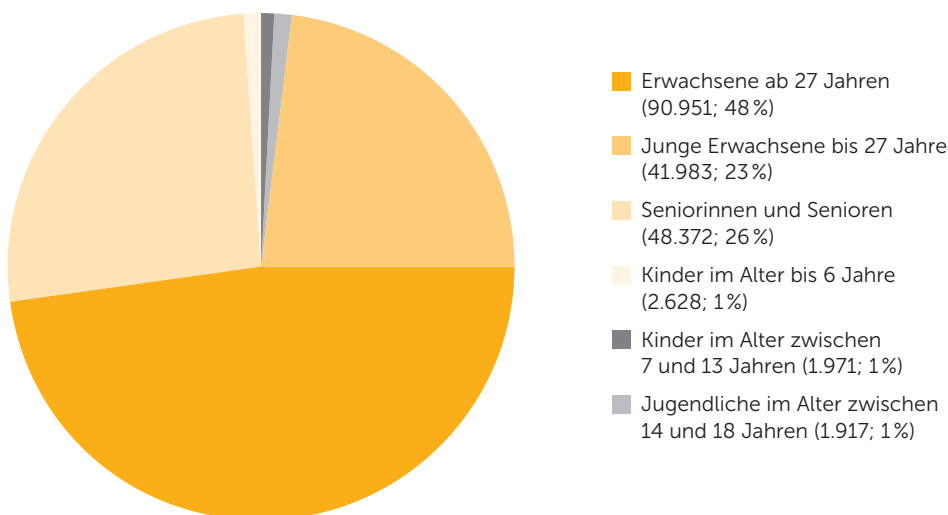
Rund 97 % der Personen, die im Jahr 2016 Angebote der psycho-sozialen Beratung und/oder Versorgung in Anspruch genommen haben, waren gemäß der Befragungsergebnisse älter als 18 Jahre.

Werden die Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der psycho-sozialen Dienste im Jahr 2016 differenziert nach ihren soziodemographischen Merkmalen untersucht, so lassen sich die Ergebnisse detaillierter beschreiben. Einige Einrichtungen halten Angebote für Kinder und/oder Jugendliche bis 18 Jahren vor, diese werden jedoch relativ selten genutzt: von 2.628 (1 %) Kindern bis sechs Jahre, 1.971 (1 %) zwischen sieben und 13 Jahren und 1.917 (1 %) Kindern zwischen 14 und 18 Jahren. Rund 94 % davon kamen ausschließlich zu Beratungsangeboten. Jene der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen wurden (fast) ausschließlich von den Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren genutzt (4 %; 230).

Die Anteile von Personen zwischen 18 und 27 Jahren bzw. ab 27 Jahren lagen bei 23 % (41.983) und 48 % (90.951); der Anteil von Seniorinnen und Senioren bei 26 % (48.372). Während junge Erwachsene und Erwachsene bis zum Seniorenalter deutlich häufiger auf Beratungsangebote als Seniorinnen und Senioren zurückgreifen (20 %, 21 % bzw. 9 %), nehmen Letztgenannte öfter Versorgungsangebote in Anspruch (39 %, 35 % bzw. 49 %). Bei den Angeboten der psycho-sozialen Beratung und Versorgung sind diese drei Altersgruppen etwa gleich häufig vertreten (41 %, 44 % bzw. 43 %).

Abbildung 21

Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Alter in Prozent



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=60) 2017.

Abbildung 22

Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Alter und Einrichtungstypen in Prozent

		Kinder im Alter bis 6 Jahre	Kinder im Alter zwischen 7 und 13 Jahren	Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren	Junge Erwachsene bis 27 Jahre	Erwachsene ab 27 Jahren	Seniorinnen und Senioren
Einrichtung psycho-soziale Beratung	Anzahl der Einrichtungen	38	38	38	38	38	38
	Anzahl der Personen	2.603	1.896	1.644	8.080	17.954	3.923
	Anteil der Personen	99 %	96 %	86 %	20 %	21 %	9 %
Einrichtung psycho-soziale Versorgung	Anzahl der Einrichtungen	10	10	10	10	10	10
	Anzahl der Personen	19	70	44	15.683	29.289	22.280
	Anteil der Personen	1 %	4 %	2 %	39 %	35 %	49 %
Einrichtung psycho-sozialen Beratung und Versorgung	Anzahl der Einrichtungen	12	12	12	12	12	12
	Anzahl der Personen	5	5	230	16.596	37.548	19.722
	Anteil der Personen	0 %	0 %	12 %	41 %	44 %	43 %
Insgesamt	Anzahl der Einrichtungen	60	60	60	60	60	60
	Anzahl der Personen	2.628	1.971	1.917	40.360	84.790	45.926
	Anteil der Personen	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung 2017.

Knapp zwei Drittel der Klientinnen und Klienten der Beratungsangebote im Jahr 2016 waren Frauen. Männer stellten den größten Anteil bei den Versorgungsangeboten (78 %) dar.

Bei der Analyse der Inanspruchnahme der Angebote der psycho-sozialen Dienste nach Geschlecht ergab sich

folgendes Bild: Frauen nutzten Angebote der psycho-sozialen Beratung deutlich häufiger als Männer (62 % vs. 38 %); Männer jene der Versorgung (78 % vs. 22 %) sowie der Beratung und Versorgung (81 % vs. 19 %) wesentlich öfter. Der Anteil der transgeschlechtlichen Menschen, die die Angebote der psycho-sozialen Dienste im Jahr 2016 genutzt haben, lag zwischen 0,05 % und 0,01 %.

Abbildung 23

Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Geschlecht in Prozent

	Frauen	Männer	Transgeschlechtlich	Gesamt
Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung (n=40)	62 %	38 %	0,05 %	100 %
Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung (n=10)	22 %	78 %	0,01 %	100 %
Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung (n=13)	19 %	81 %	0,01 %	100 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=63) 2017.

Etwas mehr als 80 % der Klientinnen und Klienten der befragten Beratungseinrichtungen bzw. der Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung kommen aus Frankfurt am Main. Bei den Versorgungseinrichtungen kommt knapp jede zweite Person von außerhalb.

Mit Blick auf den Wohnort lässt sich feststellen: Die Anteile der Klientinnen und Klienten der psycho-sozialen Dienste mit Wohnsitz in Frankfurt am Main unterscheiden sich nach Typ der Einrichtung. So lagen diese bei den Einrichtungen der Beratung bei 81 %, jenen der Beratung und Versorgung

bei 85 % und bei jenen der Versorgung bei 54 %. Dabei gab knapp die Hälfte der befragten Einrichtungen an, dass ihre Klientinnen und Klienten aus (fast) allen Frankfurter Stadtteilen kommen oder dass eine Differenzierung nach Stadtteilen schwierig ist. Die andere Hälfte der befragten Einrichtungen gab zwischen vier und 34 Frankfurter Stadtteile an. Ginnheim, Bahnhofsviertel, Bockenheim, Gallus, Eschersheim, Höchst, Preungesheim, Nied und Rödelheim wurden am häufigsten genannt; Flughafen, Nieder-Eschbach, Nieder-Erlenbach, Seckbach, Harheim, Riederwald und Bergen-Enkheim am seltensten.

Abbildung 24

Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Wohnort und Einrichtungsart in Prozent

	Klientinnen und Klienten aus		Gesamt
	Frankfurt	außerhalb Frankfurt	
Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung (n=37)	81 %	19 %	100 %
Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung (n=10)	54 %	46 %	100 %
Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung (n=11)	85 %	15 %	100 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=63) 2017.

4.3 Psycho-soziale Beratung und Versorgung in Kliniken

Die nachfolgende Darstellung der Befragungsergebnisse basiert auf Angaben zu vier Abteilungen in zwei Kliniken und stellt daher keine repräsentativen Ergebnisse dar. Deshalb werden an dieser Stelle nur ausgewählte Ergebnisse vorgestellt, die interessante Tendenzen aufweisen bzw. einen groben Vergleich mit der Situation in den Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste erlauben.

In den befragten Abteilungen waren zum Stichtag 1. September 2017 elf Leitungskräfte tätig, davon fünf Frauen und sechs Männer. Drei Personen (27 %) hatten einen Migrationshintergrund. Somit waren die Leitungspositionen etwa paritätisch von Frauen und Männern besetzt; der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist genau so groß wie in den Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung.

Abbildung 25
Personalstruktur in befragten Klinikabteilungen

	Frauen		Männer		Gesamt	
	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
Anzahl von Leitungskräften:	5	45 %	6	55 %	11	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund:	1	20 %	2	33 %	3	27 %
Anzahl von Fachkräften (einschl. Voll- und Teilzeitkräfte sowie Fachkräfte in geringfügiger Beschäftigung):	217	85 %	39	15 %	256	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund:	66	30 %	9	23 %	75	29 %
Anzahl von Honorarkräften/ Übungsleiter*innen:	10	100 %	0	0 %	10	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund:	3	30 %	0	0 %	3	30 %
Anzahl von Ehrenamtlichen (z. B. Lotsen_innen, FSJ, BFD):	1	100 %	0	0 %	1	100 %
davon Menschen mit Migrationshintergrund:	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Gesamt	233	84 %	45	16 %	278	100 %

Quelle: Angaben der Befragten zu vier Abteilungen in zwei Kliniken 2017.

Die Angebote der befragten Kliniken richten sich in der Regel an Menschen ab dem 18. Lebensjahr. Dabei gibt es spezielle Angebote, die sich an Menschen mit den nachfolgenden spezifischen Merkmalen richten:

- Angebot für Mutter-Kind-Behandlung (teilstationär),
- drogenabhängige Menschen,
- Ehe-/Partnerinnen und Partner,
- Frauen mit Fluchterfahrung,
- geduldete Menschen, Menschen in Abschiebehaft,
- junge Erwachsene ab dem 16. Lebensjahr,
- Männer mit Fluchterfahrung,
- Menschen mit Burn-out/Anzeichen für chronischen Stress,
- Menschen mit demenzieller Erkrankung und deren Angehörige,
- Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder seelischer Beeinträchtigung,
- Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden,
- Opfer jeglicher Gewalt,
- Opfer von Folter,
- Opfer von Menschenhandel,
- prostituierte Frauen,
- schwangere Frauen,
- süchtige Menschen (ohne Fokus auf drogenabhängige Menschen),
- trans-, intergeschlechtliche oder queere Menschen.

Im Gegensatz zu den Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste bieten die befragten Kliniken keine niedrighschwellig Angebote an. Präventive Angebote (z. B. Suchtgruppe, Angehörigengruppe) sowie Angebote, die sich an eine bestimmte Migrantengruppe richten (z. B. Flüchtlingsprechstunde, Gruppe für türkischstämmige Frauen), gab es zum Zeitpunkt der Befragung in jeweils einer Klinikabteilung.

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 10.230 Personen in den befragten Kliniken beraten bzw. behandelt. Dabei waren 16 % der Klientinnen und Klienten junge Erwachsene zwischen 18 und 27 Jahren, 60 % Erwachsene ab 27 Jahren bis zum Rentenalter und 24 % Seniorinnen und Senioren. Rund 77 % der Personen hatten ihren Wohnort in Frankfurt am Main und 23 % der Personen lebten außerhalb der Stadt.

Wird die Struktur der Klientinnen und Klienten der Kliniken nach Geschlecht betrachtet, so fällt auf, dass der Anteil der Frauen (70 %) deutlich höher als der Anteil der Männer (30 %) ist. Diese Verteilung entspricht jener in den Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung, in denen der Anteil von Frauen bei 62 % liegt. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund variierte zwischen 35 % und 60 % je nach Abteilung und lag im Durchschnitt bei 50 %. Der Anteil von Menschen mit Verständigungsproblemen in der deutschen Sprache variierte zwischen 10 % und 30 % und lag im Durchschnitt bei 24 %. Diese Verteilung ist vergleichbar mit jener in den Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung.

Die Herkunftsländer der Klientinnen und Klienten der Kliniken sind ebenso vielfältig wie jene der psycho-sozialen Dienste. Die Zahl variierte im Jahr 2016 zwischen 17 und 41. Die am häufigsten genannten Herkunftsländer waren: Afghanistan, Eritrea, Ghana, Indien, Italien, Kosovo, Kroatien, Pakistan, Polen, Portugal, Russische Föderation, Serbien, Slowakei, Syrien, Türkei und die USA.

Bei Verständigungsproblemen in deutscher Sprache können die Mitarbeitenden der befragten Abteilungen ihre Beratungs- und Versorgungsangebote in drei bis 15 Sprachen durchführen. Englisch, Serbokroatisch, Arabisch, Farsi, Französisch, Griechisch, Russisch, Spanisch, Tigrinya und Türkisch wurden am häufigsten genannt. In jeweils einer

Abbildung 26
Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten
der befragten Klinikabteilungen im Jahr 2016

	N	Min	Max	Summe	Anteil
Anzahl der Personen, die Angebote der Kliniken in Anspruch genommen haben	3	230	6.000	10.230	100 %
Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	3	35 %	60 %	5.138	50 %
Anteil von Menschen mit Verständigungsproblemen in der deutschen Sprache	3	10 %	30 %	2.423	24 %

Quelle: Angaben der Befragten zu vier Abteilungen in zwei Kliniken 2017.

Abteilung ist darüber hinaus ein Gespräch auf Albanisch, Bosnisch, Dari, Italienisch, Kurdisch, Polnisch, Portugiesisch und Rumänisch möglich. Auf Muttersprachkompetenzen der Mitarbeitenden greifen die Kliniken „sehr oft“ zurück, auf Fremdsprachkompetenzen der Mitarbeitenden „oft“. Manchmal wenden sie sich an externe professionell Dolmetschende sowie Familienangehörige der Klientinnen und Klienten.

4.4 Psycho-soziale Beratung und Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung im Jahr 2016

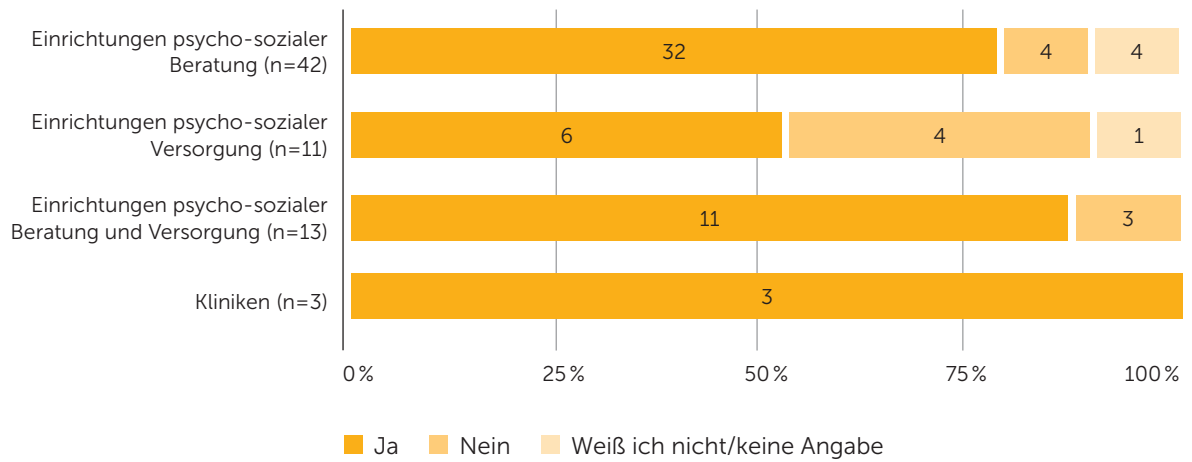
Im Jahr 2016 wurden Menschen mit Fluchterfahrungen in 49 der 66 Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und in vier Klinikabteilungen beraten und/oder behandelt. Angaben zur tatsächlichen Anzahl der beratenen und/oder behandelten Personen konnten 43 Einrichtungen und vier Klinikabteilungen machen. Insgesamt handelt es sich um 11.752 Personen. Bei der Interpretation dieser Zahl ist zu beachten, dass einzelne Personen ggf. mehrere Angebote

in mehreren Einrichtungen bzw. Klinikabteilungen in Anspruch genommen haben und daher in den kumulierten Daten mehrfach gezählt wurden.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass im Jahr 2016 49 % (5.792) der 11.752 Klientinnen und Klienten mit Fluchterfahrung Angebote in den Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung wahrgenommen haben. Rund 39 % (4.574) waren es in den Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung. Fünf Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung hatten insgesamt 211 (2 %) Personen mit Fluchterfahrung behandelt; in den Kliniken waren es 1.175 (10 %).

Im Jahr 2016 stellten Menschen mit Fluchterfahrung einen großen Teil an allen Klientinnen und Klienten der befragten psycho-sozialen Dienste und Klinikabteilungen dar (19 %). Dabei war der Anteil von Klientinnen und Klienten mit Fluchterfahrung in den Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung deutlich höher (25 %) als in den Klinikabteilungen (12 %) oder in den restlichen Einrichtungen (7 %).

Abbildung 27
Beratung und/oder Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung im Jahr 2016



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=69) 2017.

Abbildung 28
Beratung und Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung im Jahr 2016

	Anzahl von Personen	Anteil insgesamt	Anteil an allen Klientinnen und Klienten
Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=30)	5.792	49 %	25 %
Einrichtungen psycho-sozialer Versorgung (n=5)	211	2 %	7 %
Einrichtungen psycho-sozialer Beratung und Versorgung (n=8)	4.574	39 %	7 %
Kliniken (n=3)	1.175	10 %	12 %
Gesamt	11.752	100 %	19 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Beratung (n=46) 2017.

Die Verteilung der Beratungs- und Behandlungsfälle auf die vier Arten der Einrichtungen lässt sich teilweise durch unterschiedlich hohe Zugangsbarrieren erklären. Da die Beratungseinrichtungen grundsätzlich viele niedrighschwellige Angebote für Menschen mit spezifischen Merkmalen wie z. B. Fluchterfahrung anbieten, sind ihre Leistungen in der Regel auf die Vermittlung von Informationen fokussiert – und nicht auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen und/oder psychologischer Beratung. An dieser Stelle ist wichtig zu erwähnen: Die Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse ist eine Voraussetzung für psychologische Beratung. Dies ist aktuell aber nur bei einem kleinen Anteil der Menschen mit Fluchterfahrung gegeben. Mit den nachfolgenden Zitaten werden diese Erkenntnisse beleuchtet:

„Bei Menschen mit Fluchterfahrung sehen wir derzeit die Herausforderung, dass eine psychologische Beratung nicht möglich ist, da zunächst die Grundbedürfnisse erfüllt werden müssen.“

(Fr_26c)

„Ein großer Anteil der Menschen lebt in der Zerrissenheit. Familienstrukturen sind kaum vorhanden, insbesondere Menschen mit traumatischen Fluchterfahrungen, haben kein stabiles Umfeld, auf das sie zurückgreifen können und sind häufig besonderen Belastungen ausgesetzt. Mehr individuelle Unterstützungsmaßnahmen [sind nötig, Anm. d. V].“

(Fr_26c)

Hinsichtlich der Schwierigkeiten und/oder Probleme, die bei der Beratung und/oder Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung eintreten, meldeten die befragten Einrichtungen und Klinikabteilungen am häufigsten Sprachbarrieren, Lebensbedingungen (z. B. Unterkunft), rechtliche Lage, Finanzierung der Beratungs- und Versorgungsleistungen sowie fehlende Finanzierung für spezifische Angebote für Geflüchtete/Asylsuchende zurück. Mit diesen Schwierigkeiten sind viele Einrichtungen „sehr oft“ oder „oft“ konfrontiert worden. Auch im Auswertungsworkshop wiesen die Expertinnen und Experten mehrmals darauf hin, dass ein ungeklärter Rechtsstatus der Menschen mit Fluchterfahrung die Praktikerinnen und Praktiker im Arbeitsalltag vor

Herausforderungen stellt, ebenso wie immer komplizierter werdende gesetzliche Bestimmungen und Regularien.

„Ich habe das Gefühl, dass wir im Moment wieder vor der Gefahr stehen, zurück in die Ausländerpädagogik zu gehen, gerade im Zusammenhang mit Menschen mit Fluchthintergrund, indem wir einerseits den Menschen signalisieren, versucht schnell die Sprache zu lernen, versucht hier in irgendwelche Gepflogenheiten und Strukturen reinzukommen. Aber bleibt auch im Kopf so, dass ihr bald zurückgehen müsst. [...] Mir fehlt eine gesamtgesellschaftliche Orientierung, die weg von diesem wir- und sie-Gedanken geht. Sondern wirklich angesehen wird: Ich habe ein Individuum vor mir und es ist meine Pflicht, seinen Lebenskontext mit in Betracht zu nehmen.“

(AW_56)

„Asylrecht, Aufenthaltsgesetz, SGB II, SGB XII... es wird immer wieder enger und immer wieder schwieriger, wo uns halt auch die Hände gebunden sind.“

(AW_47)

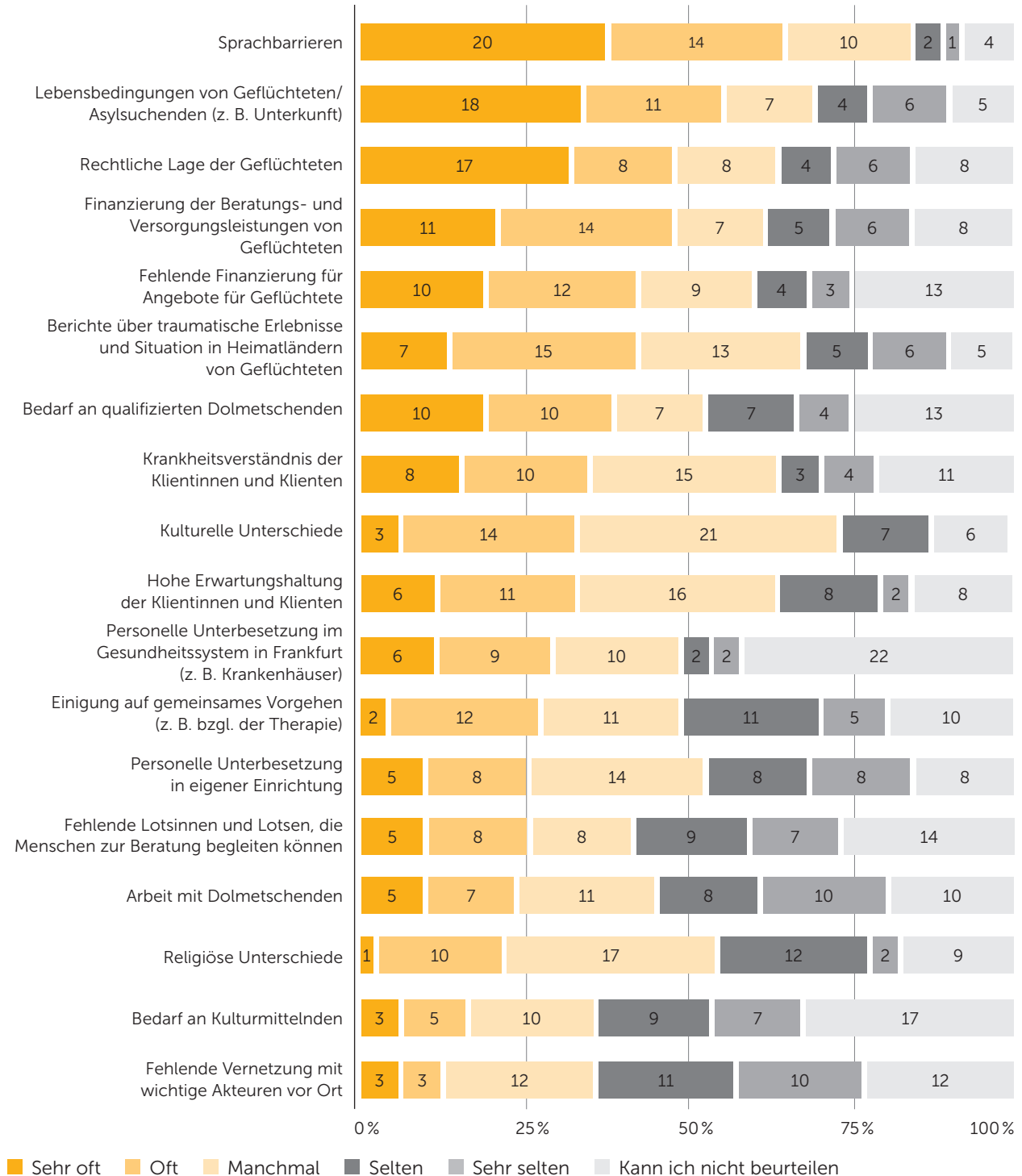
Bei Sprachbarrieren kommt es letztlich darauf an, ob eine Kommunikation über Dolmetschende organisiert und erfolgversprechend umgesetzt werden kann. Insgesamt berichten 20 (39 %) Einrichtungen, dass sie „sehr oft/oft“ Bedarfe an qualifizierten Dolmetschenden haben. Insgesamt 12 (24 %) Einrichtungen meldeten zurück, dass die Arbeit mit Dolmetschenden in ihrer Praxis „sehr oft/oft“ Schwierigkeiten mit sich bringt. Mit den nachfolgenden Zitaten aus den offenen Angaben der Befragten werden diese Stolpersteine etwas detaillierter beschrieben:

„Auch dieser Personenkreis ist von dem eklatanten Mangel an bezahlbarem Wohnraum betroffen. Sofern sie über keine gesicherte Unterkunft verfügen, benötigen sie eine Postadresse. Hier gibt es kein kommunales Angebot. Die größte Herausforderung bleibt die sprachliche Verständigung.“

(Fr_26c)

Abbildung 29

Häufigkeit der Schwierigkeiten/Probleme, die bei der Beratung und/oder Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung eintreten



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste, einschließlich der Kliniken 2017 (n=51). * Sonstiges, und zwar: zeitlich begrenzte Projekte, die nicht weitergeführt werden können; fehlende Finanzierung für Ausstattung Kinderzimmer, Babyausstattung; bereits Verständigungsprobleme bei Terminvergabe, fehlendes Wissen über rechtliche Grundlagen z. B. Schwangerschaftskonfliktberatung bzw. Möglichkeit, Schwangerschaft abzubrechen.

4 Ergebnisse

„Die personellen und zeitlichen Kapazitäten reichen aktuell nicht aus. Die Finanzierungsunklarheiten verzögern den Prozess.“

(Fr_26c)

„Keine verbindlichen Regelungen der Sozialämter für die Übernahme von Dolmetscherkosten, v. a. außerhalb Frankfurts sowie unterschiedliche Handhabung je nach Jugendamt.“

(Fr_26c)

Subjektives Krankheitsverständnis der Klientinnen und Klienten sowie kulturelle Unterschiede wurde von jeweils einem Drittel der Einrichtungen als „sehr oft/oft problematisch“ gemeldet, von vielen anderen Einrichtungen als „manchmal problematisch“. Diese Aspekte sind insbesondere für die Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung von hoher Bedeutung, da sie sich mit psychischen Belastungen der geflüchteten Menschen auseinandersetzen und oft mit unterschiedlichen Deutungsmustern konfrontiert sind.

Interkultureller Öffnung auf der Ebene der Arbeit mit Patientinnen und Patienten wird sehr hohe Bedeutung beigemessen. Subjektives Krankheitsverständnis gilt als unabdingbare Voraussetzung für eine individuelle Behandlung. Im nachfolgenden Zitat wird das detailliert beleuchtet:

„Interesse für das subjektive Krankheitsverständnis. Also das ist ganz wichtig. [...] wir stellen fest, dass Menschen aus anderen Kulturen ein anderes subjektives Krankheitsverständnis haben. Und wenn ich mich dafür nicht interessiere, werde ich keinen individuellen Weg finden oder keinen gangbaren, keinen guten Weg

finden, diesen Menschen zu behandeln. Also verhaltenstherapeutische Konzepte, so wie sie bei uns entwickelt sind und angewandt werden, haben wir einfach festgestellt im Laufe der Jahre, funktionieren bei vielen Menschen aus einer anderen Kultur nicht. Wenn ich jemanden aus dem arabischen Sprachraum habe und festhalte an meinen Manualen, werde ich scheitern. Also ich muss das anpassen, also andere Wege finden.“

(AW_41)

Der Aspekt, ob die Einrichtungen mit der Zahl der beratenen bzw. behandelten Personen mit Fluchterfahrung zurechtkommen oder an personelle Grenzen stoßen, wurde mithilfe des Indikators „personelle Unterbesetzung in eigener Einrichtung“ erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass 13 (25 %) Einrichtungen dies „sehr oft“/„oft“ und 14 (27 %) „manchmal“ als Problem empfinden. Dabei fällt auf, dass 19 (70 %) dieser 27 Einrichtungen Beratungseinrichtungen sind. Die Nachfrage war offensichtlich deutlich höher als das Angebot. Ob personelle Unterbesetzung im Gesundheitssystem in Frankfurt am Main insgesamt existiert und als problematisch zu bezeichnen ist, konnten 43 % (22) der Befragten nicht beurteilen. Die anderen haben hierzu differenzierte Angaben gemacht.

Am wenigsten problematisch wurde die Vernetzung mit wichtigen Akteuren vor Ort bewertet, wobei elf Einrichtungen keine Angaben machen konnten.

4.5 Stand der Interkulturellen Öffnung in den befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste und Klinikabteilungen in Frankfurt am Main

Neben der Erfassung der Strukturdaten, Daten zu den Mitarbeitenden und Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste zielte die Befragung zudem darauf ab, die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in diesen Einrichtungen möglichst detailliert zu untersuchen. Konzeptionell bestand dieser Teil der Befragung aus einem Mix von drei Arten der Fragestellungen.

Zum einen erfolgte die Erfassung mithilfe eines standardisierten mehrdimensionalen Konstrukts mit insgesamt 24 Indikatoren. Diese waren als Statements formuliert und in fünf Bereiche aufgeteilt:

- **Organisationsentwicklung**
- **Personalentwicklung**
- **Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren**
- **Öffentlichkeitsarbeit**
- **Qualitätssicherung**

Diese fünf Bereiche wurden mit unterschiedlich vielen Indikatoren operationalisiert, um so möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen, die für die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung von Relevanz sind. Bei der Formulierung der Statements wurde großer Wert darauf gelegt, dass diese ganz konkrete Umsetzungsmaßnahmen oder ggf. überprüfbare Sachverhalte/Tatsachen abbilden. Die Liste der Indikatoren bildet viele in der Fachliteratur genannte Aspekte der Interkulturellen Öffnung ab, ist jedoch nicht erschöpfend.

Zum anderen wurden die Befragten gebeten, den aktuellen Stand der Umsetzung sowie ihre Zufriedenheit mit ihren jeweiligen organisatorischen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung auf einer Skala von ein bis zehn zu bewerten. Anschließend wurden

die Befragten gebeten, Erfolgsfaktoren und/oder Herausforderungen in ihren eigenen Einrichtungen mit eigenen Worten zu beschreiben.

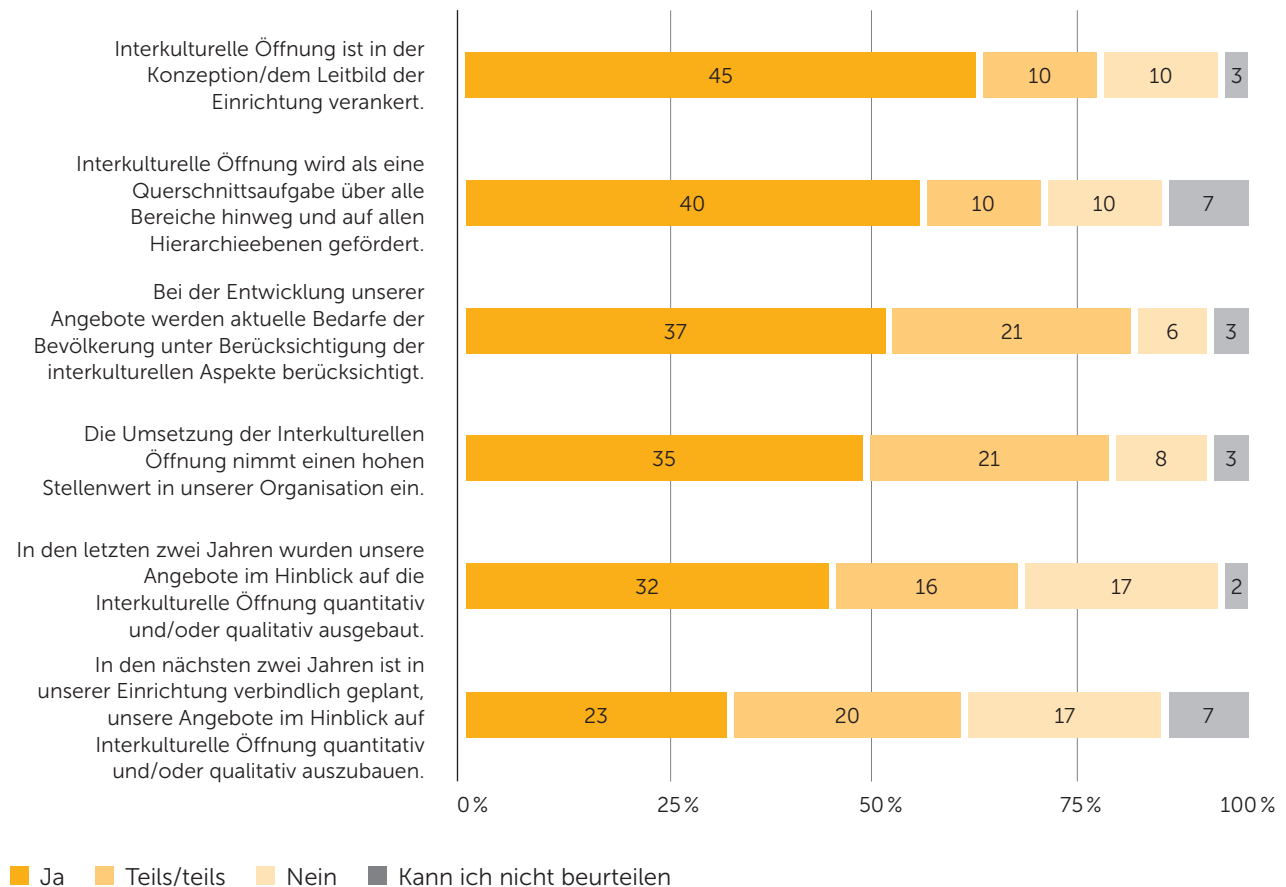
Bei der Auswertung der Daten wurden zwei Auswertungsstrategien angewendet. Einerseits, um Erkenntnisse insbesondere für die Praxisentwicklung greifbar zu machen. Zudem strebt die Studie an, einen bedeutsamen Beitrag für die Fortentwicklung empirischer Praxisforschung im Bereich der Interkulturellen Öffnung zu leisten. Daher wurden die Daten sowohl deskriptiv mithilfe univariater Verfahren als auch analytisch mithilfe multivariater Verfahren ausgewertet. Nachfolgend werden die zentralen Erkenntnisse differenziert nach diesen zwei Vorgehensweisen in Kapitel 4.5.1 bzw. Kapitel 4.5.2 dargestellt.

4.5.1 Umsetzung der Interkulturellen Öffnung: Was gelingt den Einrichtungen insgesamt gut und was nicht so gut?

Im Bereich der Organisationsentwicklung ist es den befragten Einrichtungen mehrheitlich gelungen, gute Fortschritte auf dem Weg zur Interkulturellen Öffnung zu erreichen.

Interkulturelle Öffnung im Bereich der Organisationsentwicklung wurde mit insgesamt sechs Indikatoren operationalisiert. Nach Angaben der Befragten wird die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in den Konzeptionen/den Leitbildern von zwei Drittel der befragten Einrichtungen (67 %; 45) berücksichtigt. In 60 % (40) der Einrichtungen wird Interkulturelle Öffnung als eine Querschnittsaufgabe über alle Bereiche hinweg und auf allen Hierarchieebenen gefördert. Wird hingegen die praktische Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in diesem Bereich etwas konkretisiert, so nimmt dieses Thema nur in jeder zweiten Einrichtung (52 %; 35) einen hohen Stellenwert ein. So werden aktuelle Bedarfe der Bevölkerung unter Berücksichtigung der interkulturellen Aspekte in 55 % (37) der Einrichtungen berücksichtigt; in weiteren 31 % (21) der Einrichtungen findet dies teilweise statt. Knapp die Hälfte der Befragten (48 %; 32) konnte bestätigen, dass ihre Angebote in den letzten zwei Jahren im Hinblick auf die Interkulturelle Öffnung

Abbildung 30
Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Bereich der Organisationsentwicklung



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017.

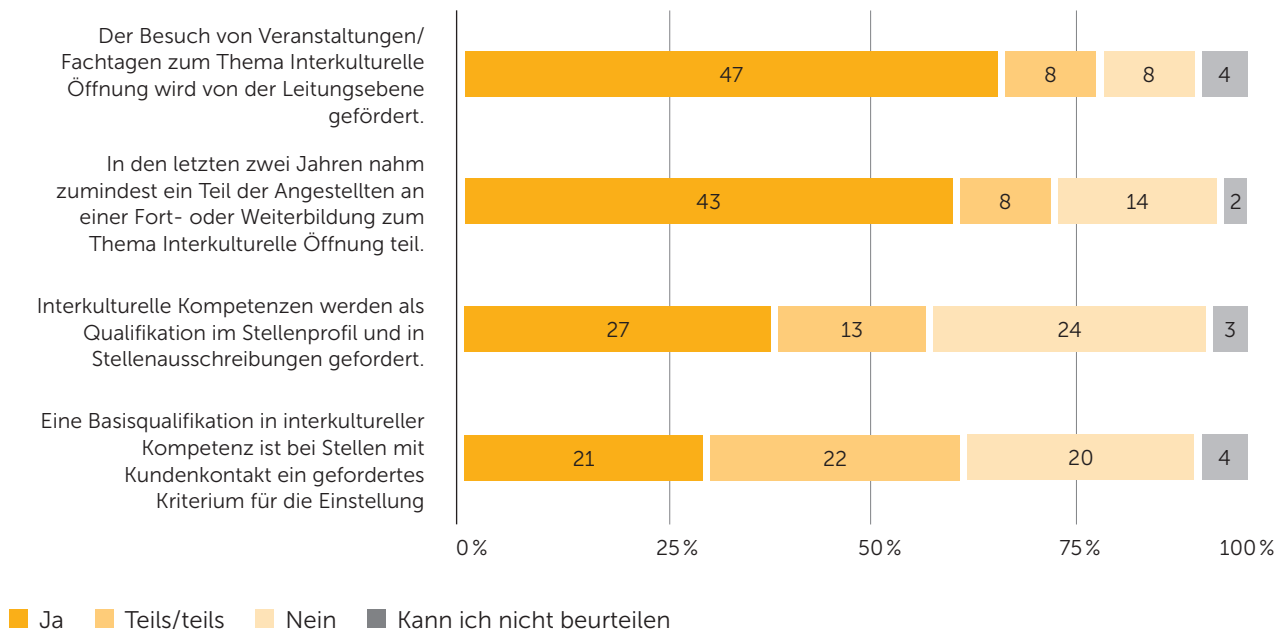
quantitativ und/oder qualitativ ausgebaut wurden. In etwas mehr als jeder dritten Einrichtung (34 %; 23) ist verbindlich geplant, solche Angebote in den Jahren 2018 und 2019 quantitativ und/oder qualitativ auszubauen. Viele andere Einrichtungen (30 %; 20) wollen sie zumindest teilweise ausbauen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die befragten Einrichtungen im Bereich der Interkulturellen Öffnung der Organisationsentwicklung zwar insgesamt gesehen gute Fortschritte gemacht haben. In jeder siebten Einrichtung wird dieser Aspekt auf institutioneller Ebene jedoch (noch) nicht berücksichtigt und (noch) nicht als eine Querschnittsaufgabe wahrgenommen.

Im Bereich der Personalentwicklung werden interkulturelle Kompetenzen der angestellten Mitarbeitenden durch den Besuch von Veranstaltungen, Fachtagen, Fort- und Weiterbildungen gefördert.

Interkulturelle Öffnung im Bereich der Personalentwicklung wurde mit insgesamt vier Indikatoren operationalisiert. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass rund 40 % (27) der Einrichtungen interkulturelle Kompetenzen als Qualifikation in Stellenprofilen und in Stellenausschreibungen fordern. In knapp jeder dritten Einrichtung (31 %; 21) ist dies zudem ein gefordertes Kriterium für die Einstellung. Deutlich häufiger berichten die Leitungskräfte davon, dass Mitarbeitende ihre Kenntnisse und Kompetenzen durch

Abbildung 31
Interkulturelle Öffnung der befragten Einrichtungen im Bereich der Personalentwicklung



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017.

den Besuch von Veranstaltungen/Fachtagungen (70 %; 47) und/oder der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (64 %; 43) zum Thema Interkulturelle Öffnung erweitern.

Dem Thema Anstellungspolitik und Personalentwicklung wurde im Auswertungsworkshop große Bedeutung beigemessen. Es sei nämlich zentral, so die Teilnehmenden, dass Interkulturelle Öffnung nicht nur bei den Stellenausschreibungen, sondern auch während der Vorstellungsgespräche als wichtiger Aspekt für die Anstellung thematisiert würde. Dabei gelte es zu beachten und gezielt zu prüfen, anhand welcher Kriterien interkulturelle Kompetenzen der Kandidatinnen und Kandidaten erkannt werden könnten. Denn beispielsweise seien nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund automatisch für die Arbeit qualifiziert. Gleichzeitig gelte es, stets offen dafür zu bleiben, dass Kandidatinnen und Kandidaten aus Personengruppen, die in der Regel als Hilfesuchende bekannt sind, für die Arbeit benötigte Qualifikationen mitbringen könnten.

Im Bereich der Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren zeigen die befragten Einrichtungen mehrheitlich fortgeschrittene Ergebnisse. Der Zugang zu „Migranten-Communities“ und/oder Migrantenselbstorganisationen gelingt nur jeder fünften bzw. jeder vierten Einrichtung.

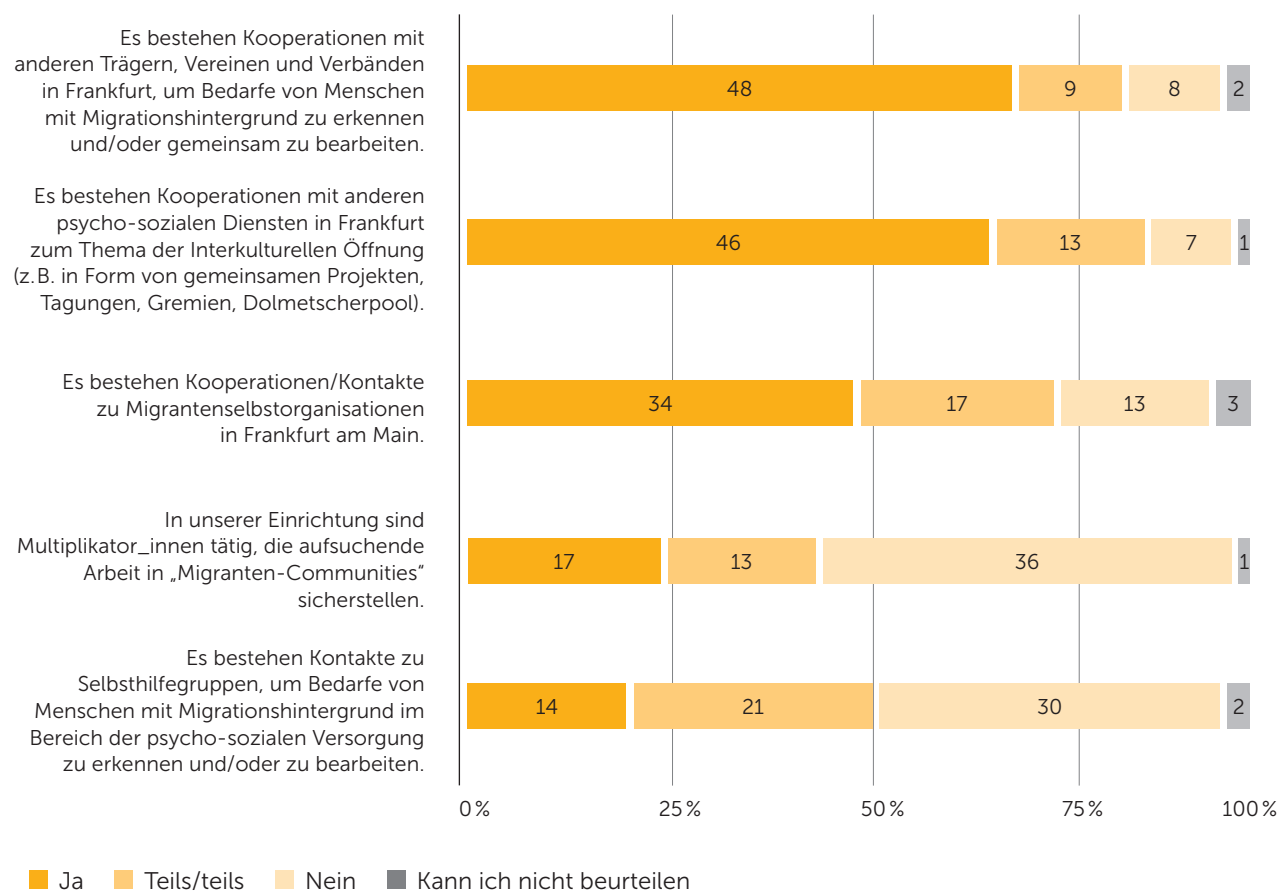
Interkulturelle Öffnung im Bereich der Vernetzung und Kooperation der Einrichtungen mit anderen Akteuren wurde mit insgesamt fünf Indikatoren operationalisiert. Feststellen lässt sich, dass die Mehrheit der befragten Organisationen (72 %; 48) mit anderen Trägern, Vereinen und Verbänden in Frankfurt am Main kooperiert, um Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund zu erkennen und/oder gemeinsam zu bearbeiten. Nur in wenigen Organisationen (12 %; 8) findet dies allgemein nicht statt. Ebenfalls mehrheitlich meldeten die Befragten (69 %; 46) zurück, dass sie mit anderen Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste zu Interkultureller Öffnung kooperieren (z.B. in Form von gemeinsamen Projekten, Tagungen, Gremien, Dolmetscherpool). Befragte aus jeder zehnten Einrichtung (10 %; 7)

4 Ergebnisse

meldeten zurück, dass solche Kooperationen nicht bestehen. Diese Lücke wurde im Auswertungsworkshop explizit angesprochen. Werden etwa Beratungssuchende mit multiplen Problemen wie z. B. wohnungslos und krebskrank in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe beraten/versorgt, so sorgt der Kontakt zu einer psychosozialen Krebsberatungsstelle für eine schnelle Vermittlung.

Kooperationen/Kontakte zu Migrantenselbstorganisationen in Frankfurt am Main bestehen bei rund der Hälfte der Einrichtungen (51 %; 34); in jeder vierten Einrichtung (25 %; 17) gibt es sie zumindest teilweise. Die Frage, ob es in ihren Einrichtungen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gibt, die aufsuchende Arbeit in „Migranten-Communities“ sicherstellen (können), haben die befragten Einrichtungen zwar mehrheitlich verneint (54 %; 36). Jede vierte Einrichtung (25 %; 17) kann jedoch darauf zurückgreifen.

Abbildung 32
Interkulturelle Öffnung der befragten Einrichtungen im Bereich der Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren

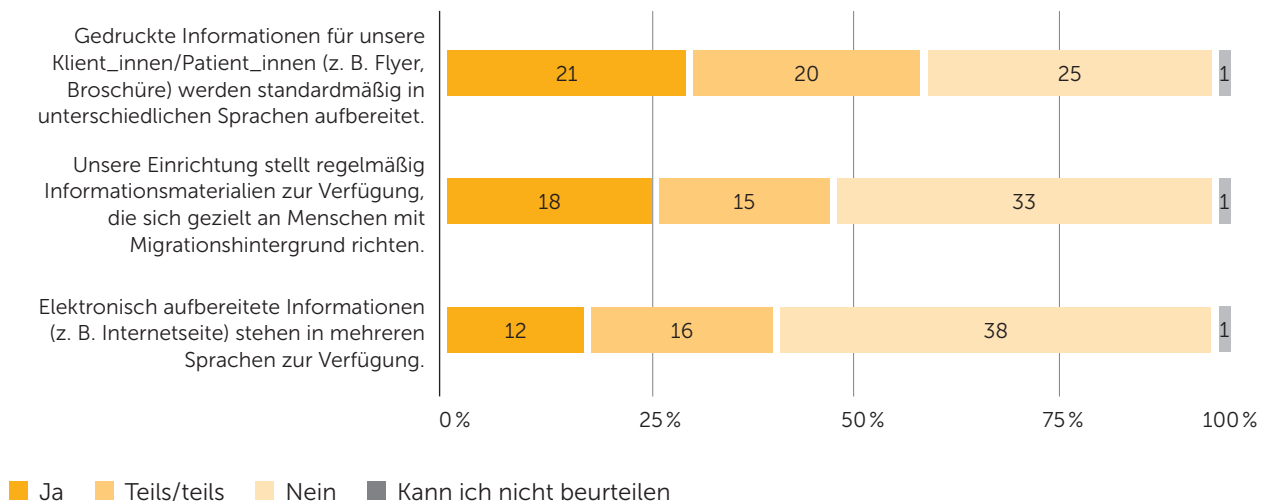


Quelle: Angaben der Einrichtungen psychosozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017.

Kontakte zu Selbsthilfegruppen, um Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund in der psycho-sozialen Versorgung zu erkennen und/oder zu bearbeiten, bestehen in jeder fünften Einrichtung (21 %; 14); in den übrigen Einrichtungen wird diese Möglichkeit nur teilweise/ansatzweise (31 %; 21) oder gar nicht (45 %; 30) genutzt. Die Zusammenarbeit und Vernetzung mit Migrantinnen- und Migrantenorganisationen wurde im Auswertungsworkshop als weiterer wichtiger Faktor hin zur Interkulturellen Öffnung thematisiert. Dies wird im nachfolgenden Zitat deutlich:

„Zusammenarbeit und Vernetzung mit Migrantenvereinen, Migrantenselbstorganisationen, finde ich aus unterschiedlichen Gründen wichtig. Sie sind nicht oft die Türöffner, sondern auch Multiplikatoren und eben auch weiter Informationsgeber.“
(AW_17)

Abbildung 33
Interkulturelle Öffnung der befragten Einrichtungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017.

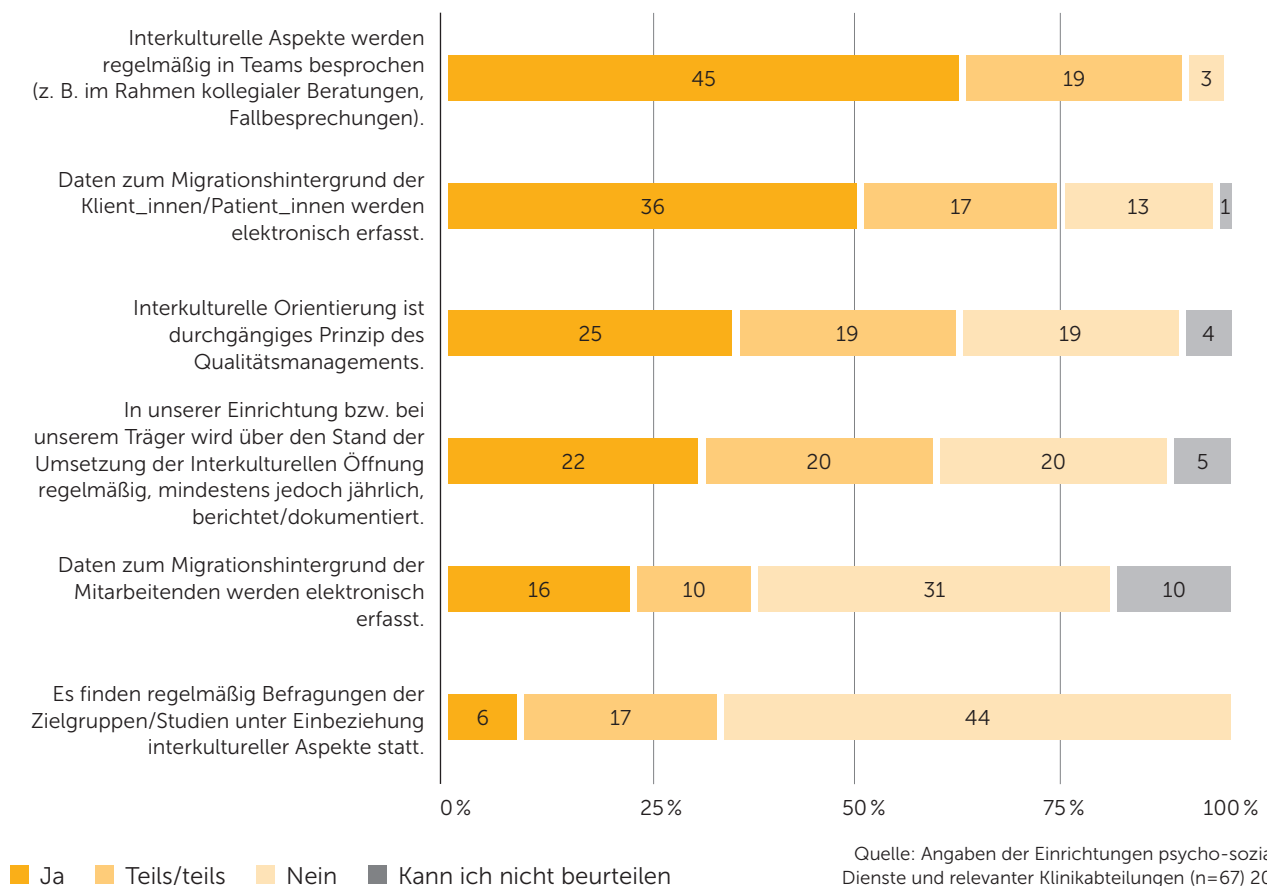
Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit lässt sich insgesamt eine eher negative Tendenz feststellen: Aufbereitung und Bereitstellung von Informationen in verschiedenen Sprachen findet eher selten statt.

Interkulturelle Öffnung im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wurde mit drei Indikatoren operationalisiert. Hier gelingt die Umsetzung im Vergleich zu den anderen vier Bereichen vielerorts noch nicht. Gedruckte Informationen für Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Sprachen, wie z. B. Flyer und Broschüren, werden in 31 % (21) der Einrichtungen standardmäßig und in 30 % (20) teilweise aufbereitet. Informationsmaterialien, die sich gezielt an Menschen mit Migrationshintergrund richten, stellen 27 % (18) der Einrichtungen regelmäßig und 22 % (15) zum Teil zur Verfügung.

Elektronisch aufbereitete Informationen (z. B. Internetseite) in mehreren Sprachen sind nur in 18 % (12) der Einrichtungen vorhanden, die Mehrheit bietet sie nicht an (57 %; 38). Eine mehrsprachige Darstellung der Angebote und Informationen ist allerdings eine der zentralen Anforderungen an das Konzept der Interkulturellen Öffnung. Darauf wurde auch im Auswertungsworkshop mehrmals hingewiesen.

„Infomaterial in verschiedenen Sprachen ist [...] sehr zentral. Es gibt unheimlich gute Broschüren. Aber es nutzt nichts, wenn man sie nicht lesen kann. Auch ein medialer Auftritt in leichter Sprache, sprich Homepage und andere, also Selbstdarstellung, Flyer usw. möglichst einfach sprachlich zu gestalten.“
(AW_11)

Abbildung 34
Interkulturelle Öffnung der befragten Einrichtungen im Bereich der Qualitätssicherung



Was die Qualitätssicherung angeht, achten fast alle befragten Einrichtungen darauf, interkulturelle Aspekte regelmäßig im Teams zu besprechen. Für andere Indikatoren ergibt sich ein gemischtes Bild.

Interkulturelle Öffnung im Bereich der Qualitätssicherung wurde mit insgesamt sechs Indikatoren operationalisiert. Die Befragten meldeten mehrheitlich zurück, interkulturelle Aspekte regelmäßig in Teams zu diskutieren, z. B. im Rahmen kollegialer Beratungen oder Fallbesprechungen. Nur in drei Einrichtungen findet dies nicht statt. Eine elektronische Datenerfassung zum Migrationshintergrund der Klientinnen und Klienten gibt es in der Mehrheit der Einrichtungen (54 %; 36); in weiteren 25 % (17) findet dies teilweise statt.

Ebenfalls in der Mehrheit der Einrichtungen wird interkulturelle Orientierung als Prinzip des Qualitätsmanagements durchgehend (37 %; 25) oder teilweise (28 %; 19) berücksichtigt. Ein Drittel der Einrichtungen (33 %; 20) dokumentiert/berichtet über den Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung regelmäßig, mindestens jedoch jährlich; in weiteren 30 % (20) der Einrichtungen findet dies zumindest teilweise statt. Daten zum Migrationshintergrund der Mitarbeitenden erfasst knapp jede fünfte Einrichtung (24 %; 16) elektronisch. Häufig ist dies allerdings nicht der Fall (46 %; 31). Regelmäßige Befragungen der Zielgruppen und/oder Studien unter Einbeziehung interkultureller Aspekte finden in den befragten Einrichtungen selten statt; diese Fragestellung wurde mehrheitlich (66 %; 44) verneint.

Betrachtet man die Ergebnisse über die fünf Bereiche hinweg, lassen sich jeweils drei Faktoren identifizieren, die den befragten Einrichtungen am häufigsten gelingen bzw. nicht gelingen.

Positiv zu verzeichnen sind insgesamt Fortschritte hinsichtlich

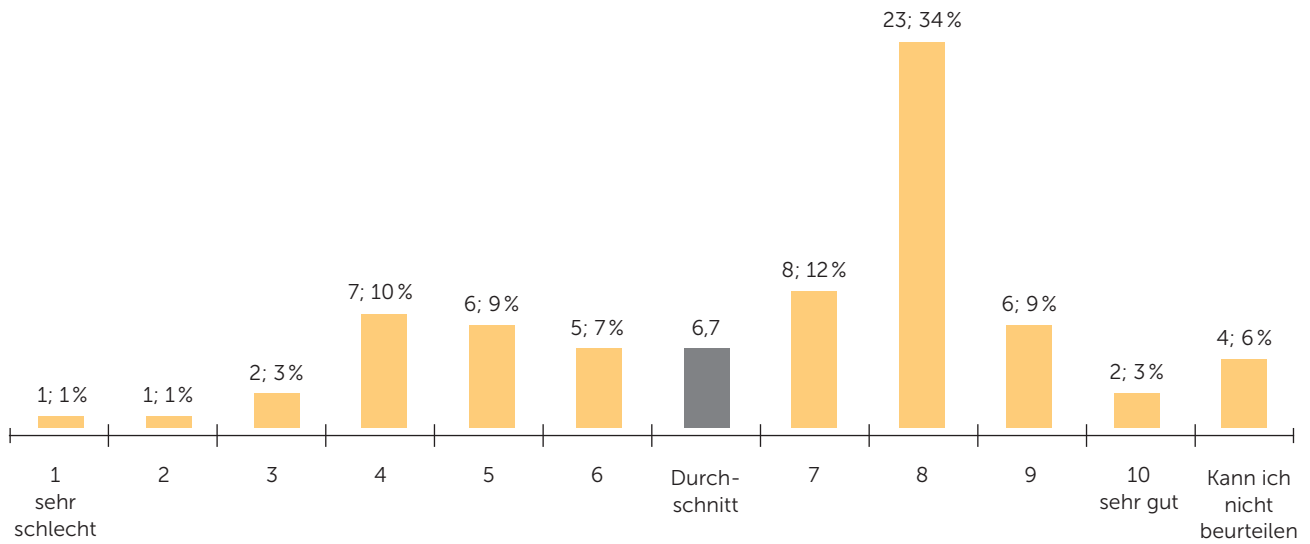
- der Kooperationen mit anderen Diensten der psychosozialen Beratung und Versorgung in Frankfurt am Main (69 %; 46),
- der Verankerung des Themas der Interkulturellen Öffnung in der Konzeption/dem Leitbild der Einrichtung (67 %; 45) und
- der Teilnahme der Mitarbeitenden an einer Fort- und Weiterbildung zum Thema Interkulturelle Öffnung in den letzten zwei Jahren (64 %; 43).

Negative Erkenntnisse sind:

- Mehrheitlich finden in den befragten Einrichtungen keine regelmäßigen Befragungen der Zielgruppen/ Studien unter Einbeziehung interkultureller Aspekte statt (66 %; 44).
- Mehrheitlich gibt es in den befragten Einrichtungen keine elektronisch aufbereiteten Informationen (z. B. Internetseite) in mehreren Sprachen (57 %; 38).
- Mehrheitlich gibt es in den Einrichtungen keine Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die aufsuchende Arbeit in „Migranten-Communities“ sicherstellen (können) (54 %; 36).

Abbildung 35

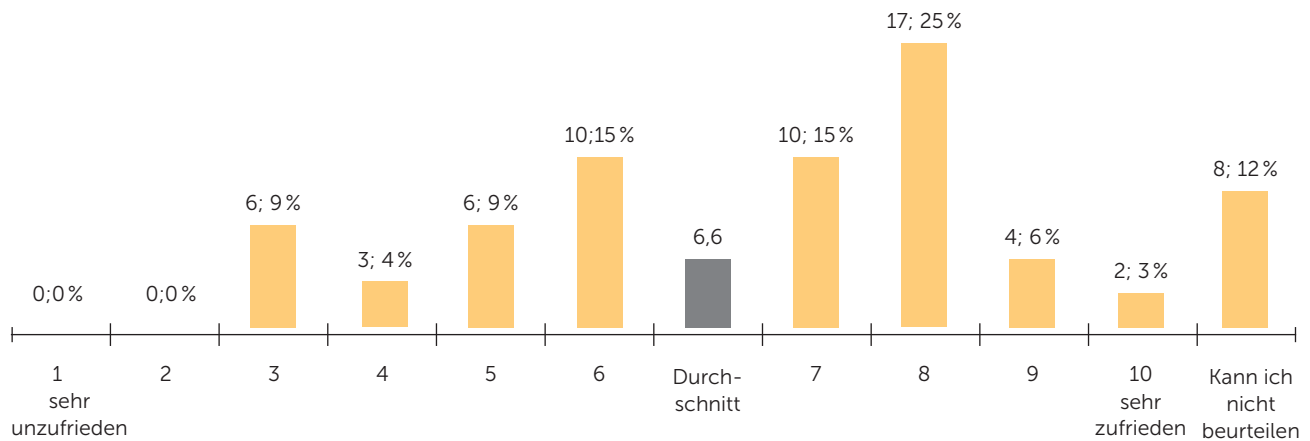
Bewertung, inwiefern die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in der eigenen Einrichtung gelingt



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017.

Abbildung 36

Grad der Zufriedenheit der Befragten mit den organisatorischen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in der eigenen Einrichtung



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017.

Die Befragten bewerten den Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in ihrer Einrichtung zwar eindeutig überdurchschnittlich (6,7 auf einer 10er-Skala). Doch sie weisen auch auf Verbesserungspotenzial hin.

Um die indikatorgestützte Erfassung der Maßnahmen, die in den Einrichtungen auf dem Weg zur Interkulturellen Öffnung umgesetzt werden können, zu ergänzen, wurden die Befragten um eine subjektive Einschätzungen gebeten. Dazu sollten Sie den Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung sowie den Grad der Zufriedenheit mit den organisatorischen Rahmenbedingungen in ihren Einrichtungen auf einer Skala von eins bis zehn bewerten. Die Ergebnisse zeigen, dass knapp eine Hälfte der Befragten (46 %; 31) den Stand der Umsetzung mit hohen Werten (acht bis zehn) bewertet hat. Für die restlichen Einrichtungen wurden sehr differenzierte Angaben gemacht. Insgesamt lag der Durchschnitt bei 6,7 (siehe Abbildung 35).

Mit den jeweiligen organisatorischen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung waren die Befragten insgesamt überdurchschnittlich zufrieden. Rund 64 % (43) gaben Werte zwischen sechs und zehn an; im Durchschnitt lag der Zufriedenheitswert bei 6,6 (siehe Abbildung 36).

Ob eine gelingende Umsetzung der Interkulturellen Öffnung an organisatorischen Rahmenbedingungen liegt, lässt sich anhand dieser Bewertungen nicht klären. Diese weisen jedoch darauf hin, dass es in den befragten Einrichtungen noch Verbesserungspotenzial gibt. Welches sind für die Befragten die wichtigsten Erfolgsfaktoren und Herausforderungen in ihren Einrichtungen? Das sollten sie mit eigenen Worten beschreiben.

Vor allem die Sprache gilt unter den Befragten als Erfolgsfaktor, aber auch als Herausforderung auf dem Weg zur Interkulturellen Öffnung.

Die Befragten haben viele Erfolgsfaktoren genannt, die auf sprachliche Ressourcen zurückzuführen sind: „mutter-sprachliche Mitarbeitende“, „Mehrsprachigkeit der Mitarbeitenden“, „mehrsprachiges Beratungsangebot“, „Nutzen symbolhafter Sprache“, „Filmmaterial ohne Sprache“, „Einstellung von Sprachmittlern“, „Flyer in verschiedenen Sprachen“, „differenzierte Sprachangebote und Übersetzung bei Bedarf“, „Unterstützung der Klientinnen und Klienten beim Erlernen der deutschen Sprache“, „Einsatz der Klientinnen und Klienten als Sprachmittler und Multiplikatoren“, „Kooperation mit einem Farsi-sprechenden Arzt“ usw.

Der am zweithäufigsten genannte Faktor, lässt sich mit dem Wort Vernetzung zusammenfassen. Dabei variierten die Angaben der Befragten zwischen „gute sozialräumliche Vernetzung“, „Kooperation mit anderen Einrichtungen“, „Zusammenarbeit mit lokalen Vereinen“, „Netzwerkarbeit mit anderen Beratungsstellen, Institutionen“ und „verschiedene Fachdienste unter einem Dach“.

Punktuell als Erfolgsfaktoren wurden z. B. genannt: „Offenheit“, „offene Haltung“, „Niedrigschwelligkeit der Beratungsangebote“, „Sensibilisierungsarbeit“, „interne Fortbildungen“, „externe Fortbildungen“, „Einzelfallausrichtung der Beratungsangebote“, „Eingehen auf die individuellen Umstände der Klienten“ sowie „Leitbild des Trägers“. Ein Zitat aus der Befragung fasst die wichtigsten Erfolgsfaktoren beispielhaft zusammen:

„Erfolgsfaktor unserer Einrichtung ist zweifelsohne die Mehrsprachigkeit der Mitarbeitenden und ihre kulturelle Kompetenz auf Grund ihres eigenen Migrationshintergrunds. Darüber hinaus spielt auch die zentrale Lage eine wichtige Rolle und eine gute Vernetzung mit anderen sozialen Einrichtungen.“

(Fr_34)

Während viele Befragte „die Mehrsprachigkeit der Mitarbeitenden“ als einen wichtigen Erfolgsfaktor genannt haben, haben viele andere Befragte angedeutet, dass „keine muttersprachliche Mitarbeitenden zu haben“ ihre große Herausforderung sei. Auch weitere Faktoren, die auf Sprachbarrieren zurückzuführen wären, wurden häufig als zentrale Herausforderungen formuliert. Diese waren: „Gelder für Übersetzungen von Flyern, Homepage usw. fehlen“, „kein schneller Zugriff auf Dolmetscher“, „Fehlen eines Dolmetscherpools“, „Sprachbarrieren abbauen“, „Völkerverständnis“, „zielorientierte Verbesserung der Kommunikation“, „Finanzierung von Dolmetschenden aus eigenen Mitteln nicht gesichert“, „Sprachmittlung“, „weitere Fremdsprachen-/Muttersprachen-Angebote sind wünschenswert“, „Schwierigkeiten in der Kommunikation“, „keine Flyer in anderen Sprachen“ usw.

Gleichzeitig können viele herausfordernde Faktoren direkt auf fehlende finanzielle Ressourcen zurückgeführt werden. Neben knapper Mittel für die Nutzung der Dolmetschendienste und Übersetzung verschiedener Materialien in andere Sprachen weisen einige Befragte auf fehlende personelle Ressourcen hin. Insbesondere der Spielraum für die Umsetzung von mehr Interkulturalität bei Personal und Beratungsangebot ist sehr eingeschränkt. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass die Kostenträger (z. B. Krankenkassen) derzeit einen (niedrigen) Standard bezahlen würden, der es schwer machen würde, Extrazeit aufzuwenden, um den Besonderheiten der kulturell unterschiedlichen Haltungen und Sichtweisen gerecht zu werden, diese in Erfahrung zu bringen und zu berücksichtigen. Mit anderen Worten sei die jetzige Vorgehensweise für viele Migrantinnen und Migranten, die aufgrund von Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden kleinschrittiger als andere Klientinnen und Klienten begleitet werden sollten, nicht angemessen.

Weitere Herausforderungen, die von den Befragten punktuell genannt wurden, waren: „immer mehr verschärfende gesetzliche Bestimmungen“, „fehlende Leistungsansprüche für den Zugang zu einem Großteil des Hilfesystems“, „Überleitung der migrierten Personen von speziellen Angeboten in allgemeine Angebote“, „Abwehr diskriminierender Angriffe“, „eingeschränkte Einstellungsmöglichkeiten bei kirchlichen Trägern“, „fehlende Angebote für Studierende ohne Fluchterfahrung“ etc. Mit den nachfolgenden Zitaten werden die wichtigsten Herausforderungen beispielhaft zusammengefasst:

„Sollten zunehmend Menschen mit Fluchthintergrund die Beratung aufsuchen, ist das Sprachproblem tatsächlich schwer zu lösen. Hier wären Dolmetscher erforderlich. Das kostet aber erheblich mehr Zeit als eine andere Beratung, was die Kapazitäten kaum hergeben.“

(Fr_35)

„Die Beratungen dauern immer länger, weil natürlich die Menschen mit immer schwierigeren unklaren Verhältnissen kommen und die Gesetze sind immer komplexer.“

(AW_49)

4.5.2 Einrichtungen mit fortgeschrittenem bzw. mangelhaftem Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung

Da unterschiedliche Indikatoren unterschiedlich hohe Bedeutung für die Umsetzung Interkultureller Öffnung in Einrichtungen psycho-sozialer Dienste haben, lassen sich mithilfe der deskriptiven Daten nur grobe Tendenzen generieren. So suggerieren die bisher dargestellten Ergebnisse, dass die befragten Einrichtungen unterschiedliche Maßnahmen an verschiedenen Stellen bzw. in verschiedenen Bereichen umsetzen – und somit bei erfassten Indikatoren mal besser und mal schlechter abschneiden. Diese Wahrnehmung kann allerdings trügerisch sein, da die Komplexität der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in der Praxis durch eine deskriptive Darstellung der Häufigkeiten deutlich reduziert wird.

Werden die Angaben der Befragten hingegen multivariat mithilfe der Latenten Klassenanalyse analysiert, so lassen sich 67 Einrichtungen, einschließlich der Klinikabteilungen, in zwei unterschiedlich große Gruppen aufteilen. Die erste Gruppe besteht aus insgesamt 39 (58 %) Einrichtungen und kann zusammenfassend als „Einrichtungen mit fortgeschrittener Umsetzung der Interkulturellen Öffnung“ bezeichnet werden. Die zweite Gruppe besteht aus 28 (42 %) Einrichtungen und kann zusammenfassend als „Einrichtungen mit mangelhafter Umsetzung der Interkulturellen Öffnung“ bezeichnet werden. Nachfolgend werden diese Gruppen detailliert analysiert und vorgestellt.

Einrichtungen mit fortgeschrittener Umsetzung der Interkulturellen Öffnung (58 %; 39) stellen die Mehrheit der befragten Einrichtungen dar. Sie setzen viele Maßnahmen der Interkulturellen Öffnung umfassend um.

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse für die erste Gruppe werden in Abbildung 37 vollständig dargestellt. Hier kann die Verteilung der 24 Indikatoren nachgeprüft und tiefergehend analysiert werden. Wie sich die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren lesen lassen, wird mit zwei Beispielen verdeutlicht: Die erste Gruppe besteht aus 39 Einrichtungen; dabei pflegen 36 Einrichtungen Kooperationen/Kontakte zu anderen Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste; in den restlichen drei Einrichtungen bestehen solche Kooperationen/Kontakte nur teilweise. In 36 der 39 Einrichtungen ist das Thema Interkulturelle Öffnung in Konzeption/Leitbild verankert; in zwei weiteren Einrichtungen findet dies teilweise statt und in einer Einrichtung ist dies nicht der Fall.

Die erste Gruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass die Einrichtungen in fast allen Bereichen und im Hinblick auf fast alle Indikatoren bereits gute Fortschritte gemacht haben. So ist der Aspekt der Interkulturellen Öffnung nicht nur in ihren Leitbildern verankert, sondern nimmt in ihren Organisationen einen hohen Stellenwert ein und wird als eine Querschnittsaufgabe über alle Bereiche hinweg und auf allen Hierarchieebenen gefördert. Diese Einrichtungen sind sehr gut vernetzt: Sie kooperieren mit anderen Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste, pflegen Kontakte zu an-

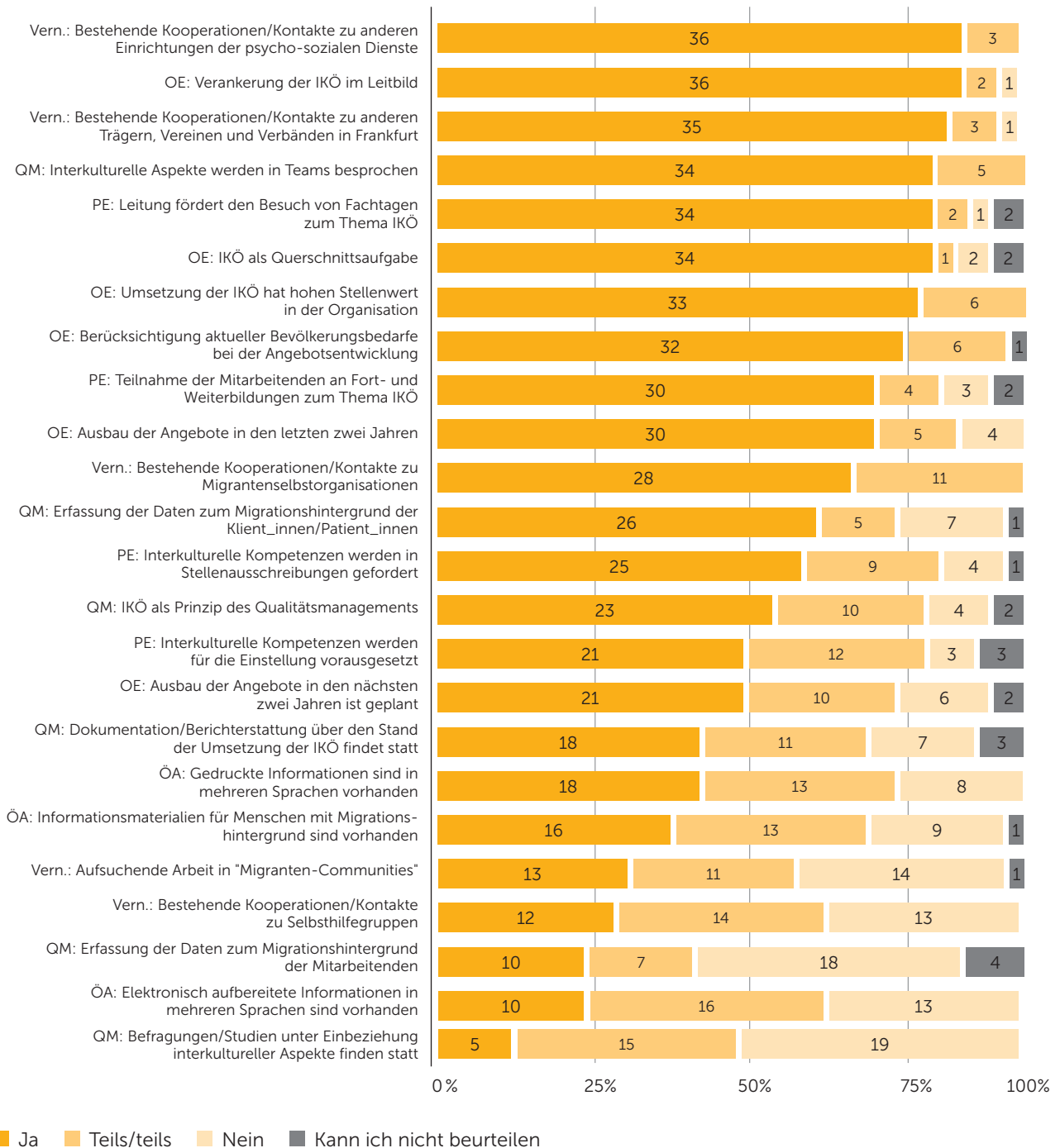
deren Trägern, Vereinen und Verbänden in Frankfurt und haben Zugang zu Migrantenselbstorganisationen. In den letzten zwei Jahren wurden in diesen Einrichtungen Angebote im Hinblick auf die Interkulturelle Öffnung quantitativ und/oder qualitativ ausgebaut. Sie haben aktuelle Bevölkerungsbedarfe bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt. Interkulturelle Kompetenzen der Mitarbeitenden werden in den Stellenausschreibungen dieser Einrichtungen ausdrücklich gefordert und/oder bei der Einstellung vorausgesetzt.

Auf Leitungsebene wird der Besuch von Veranstaltungen und Fachtagen zum Thema Interkulturelle Öffnung gefördert. Fachkräfte nehmen an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Interkulturelle Öffnung teil. Die Befragten dieser Einrichtungen geben auch selbst an, dass der Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in ihrem Haus recht gut ist: Während der Durchschnitt über alle befragten Einrichtungen hinweg bei 6,7 auf einer 10er-Skala lag, lag er bei dieser Gruppe bei 7,5.

Da der Prozess der Interkulturellen Öffnung „ein Dauerprozess ist, der nie abgeschlossen wird“ (AW_56), können auch für diese Gruppe der Einrichtungen Handlungsempfehlungen zur Fortentwicklung generiert werden. Aus den Angaben der Befragten lassen sich Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich der Umsetzung aufsuchender Arbeit in „Migranten-Communities“, des Aufbaus von Kontakten/Kooperationen zu Selbsthilfegruppen und der Aufbereitung elektronischer Informationen in mehreren Sprachen ableiten. Um ggf. auf bestimmte Ressourcen der Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund zurückgreifen zu können und deren Anteile an der Gesamtheit des Personals im zeitlichen Verlauf statistisch zu dokumentieren, empfiehlt sich auch eine elektronische Erfassung dieses Merkmals der Mitarbeitenden. Dabei gilt es, bestehende Datenschutzbestimmungen und Regularien zu beachten.

Abbildung 37

Gruppe I: Einrichtungen mit fortgeschrittener Umsetzung der Interkulturellen Öffnung (58 %; 39)



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=39) 2017. Zwecks einer übersichtlichen Darstellung der Bereiche und Namen der Indikatoren wurden diese abgekürzt und auf wesentliche Informationen fokussiert. Die Begriffe wurden für eine übersichtliche Darstellung wie folgt abgekürzt: Interkulturelle Öffnung (IKÖ), Organisationsentwicklung (OE), Vernetzung (Vern.), Personalentwicklung (PE), Qualitätsmanagement (QM), Öffentlichkeitsarbeit (ÖA).

Einrichtungen mit mangelhafter Umsetzung der Interkulturellen Öffnung (42 %; 28) setzen Maßnahmen oft nur teilweise oder punktuell um (siehe Abbildung 38).

Für die Einrichtungen der zweiten Gruppe ist charakteristisch, dass sie Maßnahmen der Interkulturellen Öffnung in allen Bereichen und im Hinblick auf fast alle Indikatoren kaum umsetzen. Positive Tendenzen gibt es nur hinsichtlich der Vernetzung mit anderen Trägern, Vereinen und Verbänden in Frankfurt am Main, der Förderung des Besuchs von Veranstaltungen/Fachtagungen zum Thema Interkulturelle Öffnung auf Leitungsebene und Teilnahme der Mitarbeitenden an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Auch während der Teambesprechungen werden interkulturelle Aspekte regelmäßig oder zumindest teilweise in diesen Einrichtungen diskutiert. Nur in jeder dritten Einrichtung dieser Gruppe ist das Konzept der Interkulturellen Öffnung in Leitbildern verankert, in jeder fünften wird Interkulturelle Öffnung als Querschnittsaufgabe gefördert.

Großen Nachholbedarf gibt es in diesen Einrichtungen insbesondere im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. So deuten die Befragten dieser Gruppe mehrheitlich darauf hin, dass in ihren Einrichtungen keine Informationen gezielt für Menschen mit Migrationshintergrund aufbereitet werden. Elektronisch und gedruckt aufbereitete Informationen werden nur in wenigen Einrichtungen in anderen Sprachen bereitgestellt. Im Bereich der Personalentwicklung fällt auf, dass interkulturelle Kompetenzen nur teilweise in Stellenausschreibungen und Personaleinstellung gefordert bzw. berücksichtigt werden.

Diese Problematiken sind den Befragten durchaus bewusst. So geben sie bei ihrer subjektiven Bewertung des Stands der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung deutlich niedrigere Werte an als die restlichen Einrichtungen: Während der Durchschnitt über alle befragten Einrichtungen hinweg bei 6,7 auf einer 10er-Skala lag, lag er hier bei 5,5.

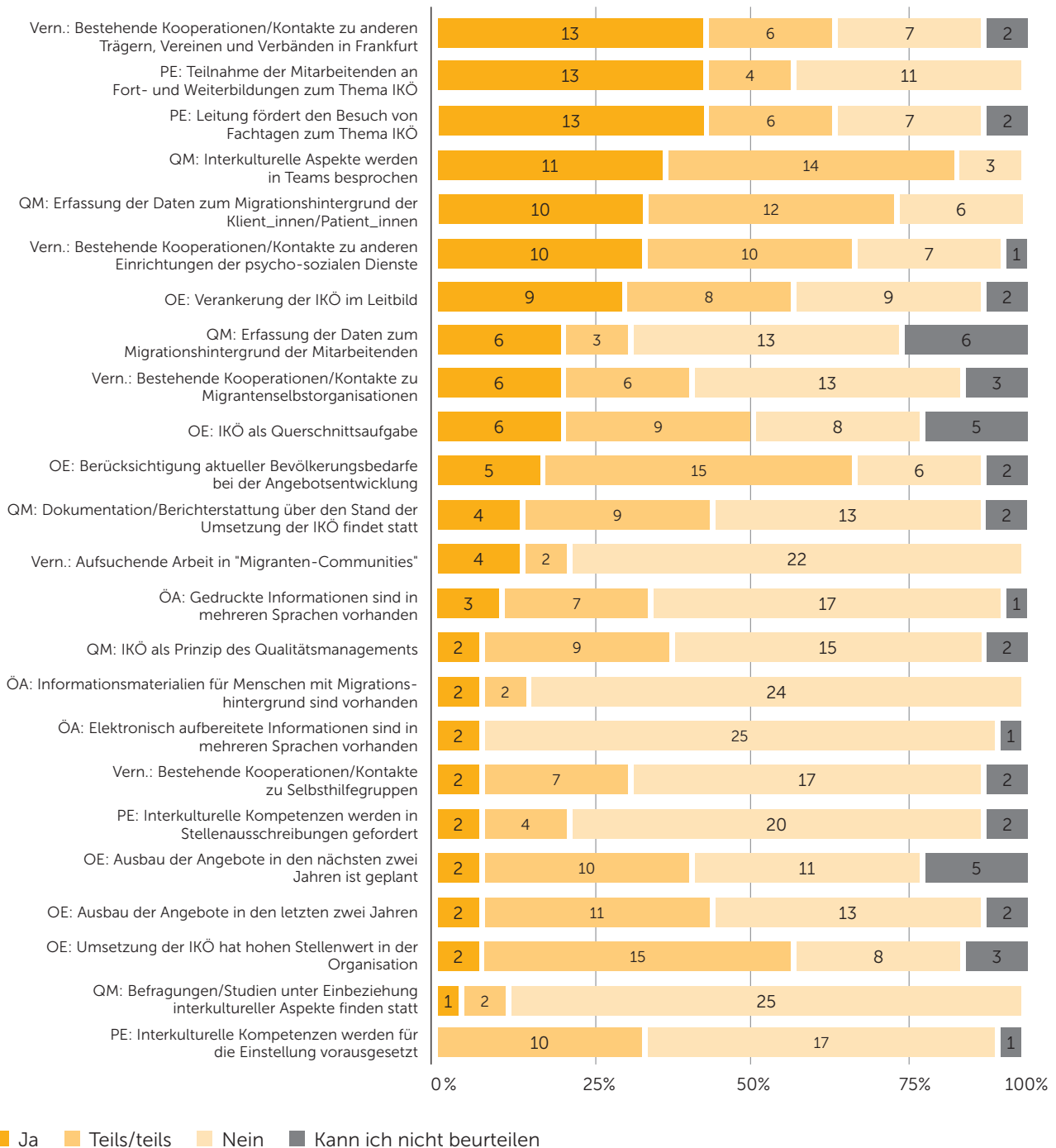
Während Beratungseinrichtungen sowie solche der psycho-sozialen Beratung und Versorgung in der Gruppe der fortgeschrittenen Einrichtungen überrepräsentiert sind, lassen sich die jene der Versorgung (ohne Kliniken) mehrheitlich der zweiten Gruppe zuordnen (siehe Abbildung 39).

Die Gruppe der „fortgeschrittenen“ Einrichtungen setzt sich aus 25 (64 %) Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung, 2 (5 %) der psycho-sozialen Versorgung, 9 (23 %) der psycho-sozialen Beratung und Versorgung und allen vier beteiligten Klinikabteilungen (3; 8 %) zusammen. Die Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung und der psycho-sozialen Beratung und Versorgung sind in dieser Gruppe deutlich häufiger vertreten (61 % bzw. 69 %) als in der zweiten Gruppe.

Die Gruppe der Einrichtungen mit „mangelhafter Umsetzung der Interkulturellen Öffnung“ setzt sich aus 16 (57 %) Einrichtungen der psycho-sozialen Beratung, 8 (29 %) der psycho-sozialen Versorgung und 4 (14 %) der psycho-sozialen Beratung und Versorgung zusammen. Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung sind in dieser Gruppe deutlich häufiger vertreten (80 %; 8) als in der ersten Gruppe.

Abbildung 38

Gruppe II: Einrichtungen mit mangelhafter Umsetzung der Interkulturellen Öffnung (42 %; 28)



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (n=28) 2017. Zwecks einer übersichtlichen Darstellung der Bereiche und Namen der Indikatoren wurden diese abgekürzt und auf wesentliche Informationen fokussiert. Die Begriffe wurden für eine übersichtliche Darstellung wie folgt abgekürzt: Interkulturelle Öffnung (IKÖ), Organisationsentwicklung (OE), Vernetzung (Vern.), Personalentwicklung (PE), Qualitätsmanagement (QM), Öffentlichkeitsarbeit (ÖA).

Abbildung 39
Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert nach
Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung

		Gruppe I	Gruppe II	Gesamt
Einrichtung psycho-sozialer Beratung	Anzahl der Einrichtungen	25	16	41
	Anteil (Gruppe)	64 %	57 %	61 %
	Anteil (Einrichtungsart)	61 %	39 %	100 %
Einrichtung psycho-sozialer Versorgung	Anzahl der Einrichtungen	2	8	10
	Anteil (Gruppe)	5 %	29 %	15 %
	Anteil (Einrichtungsart)	20 %	80 %	100 %
Einrichtung psycho-sozialer Beratung und Versorgung	Anzahl der Einrichtungen	9	4	13
	Anteil (Gruppe)	23 %	14 %	19 %
	Anteil (Einrichtungsart)	69 %	31 %	100 %
Klinikabteilungen	Anzahl der Einrichtungen	3	0	3
	Anteil (Gruppe)	8 %	0	4 %
	Anteil (Einrichtungsart)	100 %	0	100 %
Gesamt	Anzahl der Einrichtungen	39	28	67
	Anteil (Gruppe)	100 %	100 %	100 %
	Anteil (Einrichtungsart)	58 %	42 %	100 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017.
 Gruppe I: fortgeschrittene Umsetzung der Interkulturellen Öffnung;
 Gruppe II: mangelhafte Umsetzung der Interkulturellen Öffnung.

Die Personalstruktur und die Klientinnen und Klienten der beiden Gruppen unterscheiden sich erheblich voneinander. Dies lässt sich teilweise dadurch erklären, dass die Einrichtungen der ersten Gruppe deutlich häufiger niedrigschwellige Angebote bereithalten – und auch solche, die sich nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten.

Da die Personalstruktur und die Klientinnen und Klienten der Einrichtungen mithilfe konkreter Zahlen und differenziert nach Menschen mit und ohne Migrationshintergrund erfasst wurden, fanden diese Aspekte unter den 24 Indikatoren zum Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung der Einrichtungen keine zusätzliche Berücksichtigung. An dieser Stelle gilt es, die Erkenntnisse aus diesen unabhängig voneinander erfassten Datenbeständen in Beziehung zueinander zu setzen und zu prüfen, ob es Zusammenhänge, Verbindungen und Wechselwirkungen zwischen diesen Aspekten gibt.

Werden die Anteile der Mitarbeitenden mit und ohne Migrationshintergrund in den Einrichtungen mit fortgeschrittener (Gruppe I) und mangelhafter (Gruppe II) Umsetzung der Interkulturellen Öffnung verglichen, so lässt sich ein kohärentes Bild feststellen: Die Einrichtungen der ersten Gruppe haben erheblich mehr Leitungs-, Fach- und Honorarkräfte mit Migrationshintergrund. Unter den Leitungskräften lagen die Anteile bei 21 % bzw. 6 %, unter den Fachkräften bei 39 % bzw. 16 % und unter den Honorarkräften bei 43 % bzw. 6 %. Werden die Anteile der Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund über die drei o. g. Gruppen hinweg berechnet, so haben in Einrichtungen der ersten Gruppe insgesamt 40 % der Mitarbeitenden und Honorarkräfte einen Migrationshintergrund, in der zweiten Gruppe 15 %. Diese Differenzen sind statistisch signifikant. Erwartungsgemäß kann das Personal der ersten Gruppe der Einrichtungen bei Verständigungsproblemen in der deutschen Sprache seine Beratungs- und/oder Versorgungsangebote im Durchschnitt in mehr Sprachen (M=5)⁴ durchführen als das Personal der Einrichtungen der zweiten Gruppe (M=3).

Gemessen an der Struktur der Frankfurter Bevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund in den Leitungspositionen und als Fachkräfte in den Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste insgesamt unterrepräsentiert. Eine differenzierte Betrachtung der Daten zeigt aber, dass diese Aussage nicht auf alle Einrichtungen gleichermaßen zutrifft. Während die Einrichtungen der ersten Gruppe deutlich bessere Fortschritte in Richtung „sichtbare Vielfalt“ erreicht haben, stellt sich die Frage, warum dies bei der zweiten Gruppe nicht wirklich gelingt. Bezüglich der Frage, ob die Einrichtungen in den vergangenen zwei Jahren Schwierigkeiten hatten, Menschen mit Migrationshintergrund mit benötigten Kompetenzen zu gewinnen, gaben die Befragten mehrheitlich an, dass dies eher nicht der Fall gewesen sei. Eine mögliche Erklärung liegt in der Einstellungspolitik einzelner Träger. Diese Hypothese, die sich im Rahmen dieser Studie empirisch nicht überprüfen lässt, wurde auch im Rahmen des Auswertungsworkshops diskutiert:

„Also wenn ich auf die Trägerseite schaue, es kommt auf die Einstellungspolitik auch an. Traue ich den ausgebildeten Menschen mit Migrationshintergrund Fachlichkeiten zu oder belasse ich sie auf eine Art Aus hilfssposition? Dies betrifft die Steuerung auf der Einstellungsebene, zu schauen, wie können wir eine Art Normalität in die alltäglichen Bilder reinbringen, in denen wir Menschen mit Migrationshintergrund, sowohl als Unterstützungssuchende als auch als Expertinnen erleben können und sehen können.“

(AW_15)

⁴ M steht für Mittelwert.

Abbildung 40

Personalstruktur und Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert nach Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung

		Gruppe I	Gruppe II	Gesamt
Leitungskräfte	Anzahl der Einrichtungen	34	26	60
	Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	21 %	6 %	14 %
Fachkräfte	Anzahl der Einrichtungen	36	27	63
	Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	39 %	16 %	29 %*
Honorarkräfte/ Übungsleitungen	Anzahl der Einrichtungen	23	12	35
	Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	43 %	6 %	31 %**
Gesamt (Leitungs-, Fach- und Honorarkräfte)	Anzahl der Einrichtungen	38	27	65
	Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	40 %	15 %	29 %***
Klientinnen und Klienten	Anzahl der Einrichtungen	37	26	63
	Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund	64 %	42 %	62 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=66) 2017.
Gruppe I: fortgeschrittene Umsetzung der Interkulturellen Öffnung; Gruppe II: mangelhafte Umsetzung der Interkulturellen Öffnung. *F(1, 62)=13,8, p<0,001; ** F(1, 33)=10,5, p<0,05; *** F(1, 63)=17,1.

4 Ergebnisse

Werden die Anteile der Klientinnen und Klienten der Einrichtungen differenziert nach den beiden Gruppen der Einrichtungen analysiert, so lässt sich auch hierzu feststellen, dass der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in jenen der ersten Gruppe deutlich höher ist (64 % vs. 42 %).

Eine mögliche Erklärung dieses Phänomens liegt in der Ausrichtung der Angebote der Einrichtungen. So werden niedrigschwellige Angebote mehrheitlich (61 % vs. 39 %) und deutlich häufiger (81 % vs. 68 %) in den Einrichtungen der ersten Gruppe angeboten. Auch Angebote, die sich nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten, werden fast ausschließlich in den Einrichtungen der ersten Gruppe vorgehalten (94 % vs. 6 %). Bei präventiven Angeboten hält sich das Ergebnis die Waage (58 % vs. 52 %). Der Zusammenhang zwischen dem Vorhalten niedrigschwelliger Angebote und deren Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund wurde im Auswertungsworkshop mit mehreren Beispielen beleuchtet. Diese werden in den nachfolgenden Zitaten detailliert beschrieben:

„Also das merken wir auch bei uns in der Einrichtung. Wir haben Sprechstunde, aber die Klienten halten sich an nichts. Die stehen einfach irgendwann um irgendeine Uhrzeit dann da, oft Mittagszeit. Und dann, oft ist es so, dass wir sagen, Sie haben doch meine Nummer, warum haben Sie nicht angerufen, ich habe jetzt keine Zeit für Sie. Und dann sagen sie immer, ich habe Angst gehabt, wenn ich anrufe, Sie sind nicht dran, sondern das Sekretariat und ich kann nicht so gut Deutsch und ich bin einfach gekommen. Und das ist wichtig, dass man einfach auch noch mal offen ist, [...] die Zielgruppe im Blick zu behalten und zu gucken, was die brauchen.“

(AW_45)

„Einfach grundsätzlich offene und lernbereite Komm-Strukturen. Also wir haben ja in unserer westlichen oder in unseren deutschen öffentlichen Strukturen, die sind sehr organisiert, die sind auf Pünktlichkeit ausgerichtet, auf Verlässlichkeit. Da gibt es bestimmte Zeremonien. Und das ist für Menschen aus bestimmten anderen Kulturkreisen sehr, sehr fremd. Also die stehen gerne einfach mal vor der Tür und mögen auch nicht gerne telefonieren. [...] Also wenn man diese Menschen erreichen will, muss man sich öffnen und auch ein bisschen runterkommen von dem: Das funktioniert so und so und so, sonst geht das halt nicht – weil man damit sehr viele ausschließt.“

(AW_13)

Abbildung 41

**Angebote der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste
differenziert nach Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung**

		Gruppe I	Gruppe II	Gesamt
Vorhalten niedrigschwelliger Angebote	Anzahl der Einrichtungen	30	19	49
	Anteil (Angebot)	61 %	39 %	100 %
	Anteil (Gruppe)	81 %	68 %	75 %*
Umsetzung präventiver Angebote	Anzahl der Einrichtungen	22	14	36
	Anteil (Angebot)	61 %	39 %	100 %
	Anteil (Gruppe)	58 %	52 %	55 %
Vorhalten von Angeboten nur für Menschen mit Migrationshintergrund	Anzahl der Einrichtungen	17	1	18
	Anteil (Angebot)	94 %	6 %	100 %
	Anteil (Gruppe)	45 %	4 %	28 %

Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen 2017.

*In dieser Tabelle werden nur die Einrichtungen abgebildet, die die o. g. Angebote vorhalten bzw. umsetzen.

So können die Daten in der Zeile Anteile (Gruppe) wie folgt interpretiert werden: In der Gruppe I halten 81 % (30) der Einrichtungen niedrigschwellige Angebote vor.

In der Gruppe II werden hingegen nur in 68 % (19) der Einrichtungen niedrigschwellige Angebote vorgehalten.

Bei der Erbringung der Leistungen ergeben sich für die befragten Einrichtungen unterschiedliche Barrieren und Bedarfe. Um dem Anspruch der Interkulturellen Öffnung gerecht zu werden, fehlen den Einrichtungen mehrheitlich finanzielle Ressourcen (siehe Abbildung 42).

Werden die Einrichtungen der beiden Gruppen noch etwas tiefergehend betrachtet, und zwar im Hinblick auf ihre Zielgruppen bzw. ihre Handlungsfelder (z. B. Drogenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Frauenberatung, Aids-Beratung, Beratung in Lebenskrisen), so lassen sich keinerlei Hinweise finden, warum Angebote der zweiten Gruppe deutlich weniger Menschen mit Migrationshintergrund einstellen, beraten und versorgen. Um die Diskrepanz etwas besser zu verstehen, werden die Angaben der Befragten hinsichtlich möglicher Barrieren und Bedarfe bei der Erbringung ihrer Leistungen unter die Lupe genommen.

Am häufigsten lassen sich Bedarfe feststellen, die auf knappe finanzielle Ressourcen zurückzuführen sind. Diese Ressourcen fehlen den Einrichtungen, um dem Anspruch der Interkulturellen Öffnung gerecht zu werden, den aktuellen Bedarf an psycho-sozialer Beratung und/oder Versorgung zu decken sowie um offensive Öffentlichkeitsarbeit unter Berücksichtigung interkultureller Aspekte zu betreiben. In den vergangenen zwei Jahren wurden die Fachkräfte zunehmend mit sprachlichen Verständigungsproblemen und kulturellen Barrieren (z. B. anderes Krankheitsverständnis, andere Gesundheitswerte, Erziehungsvorstellungen) konfrontiert. Nach Angaben der Befragten gab es aber eher selten Situationen, in denen sie ihre Beratungs- und/oder Versorgungsleistungen aus sprachlichen und/oder kulturellen Gründen ablehnen mussten.

In ihren ergänzenden Angaben weisen die Befragten auch an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass

- es aufgrund der vielen Nationalitäten in Frankfurt am Main kaum machbar sei, alle Sprachen vorzuhalten;
- es in den hiesigen sozialen Einrichtungen an Mitarbeitenden fehle, die muttersprachlich beraten könnten. Dies sei eindeutig eine große/zentrale Hürde, Hilfsangebote aufzusuchen und auch annehmen zu können;

- es wenig Dolmetschende gebe, die für therapeutische Bedarfe geschult seien. Dolmetschenden übersetzen zusammengefasst, dadurch gehe die therapeutische Wirkung des Gesagten verloren oder würde verzerrt.

Im Auswertungsworkshop wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Komplexität von Lebenssituationen von Menschen zunimmt und entsprechend die Anforderungen an eine qualifizierte Beratung und Versorgung steigen. Im nachfolgenden Zitat wird diese Erkenntnis verdeutlicht:

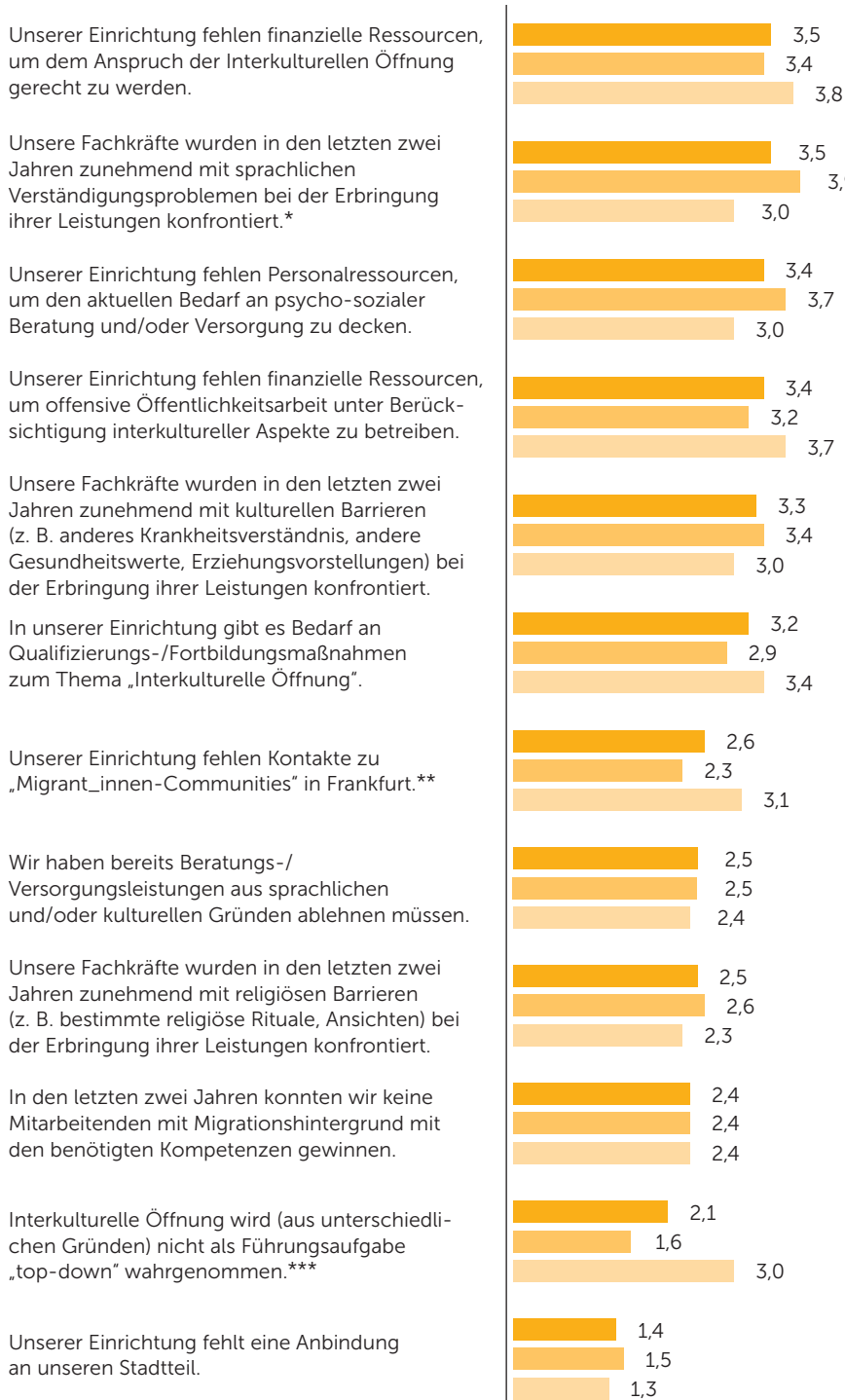
„Ich merke immer noch, es kommen Menschen mit Lebenssituationen zu mir, die ich bisher noch nicht gekannt habe. Und denen gegenüber möchte ich natürlich auch, wie Sie es eben gesagt haben, also gucken, wie ändert sich die Zielgruppe und habe ich da noch was Passgenaues oder muss ich wieder anpassen?“

(AW_31)

Eher selten wurden die Fachkräfte in den vergangenen zwei Jahren mit religiösen Barrieren (z. B. bestimmte religiöse Rituale, Ansichten) konfrontiert, welche spezifische organisationale Maßnahmen erfordern würden. Auch Schwierigkeiten hinsichtlich der Personalgewinnung von Menschen mit Migrationshintergrund mit benötigten Kompetenzen gab es selten. Bedarfe an Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu Interkultureller Öffnung liegen insgesamt im mittleren Bereich, wobei die Einrichtungen der zweiten Gruppe sich solche Maßnahmen etwas häufiger wünschen. Gefragt sind: Fachtagungen mit interdisziplinärer Beteiligung zu allen relevanten Themenbereichen der psycho-sozialen Beratung und Versorgung sowie zu den Themen „Gesundheitsverständnis im kulturellen Kontext“, „Behandlung und Versorgung traumatisierter Menschen mit Fluchterfahrungen“, „rechtlicher Hintergrund zum Thema Flucht und Aufenthaltsstatus“, „Sozialrecht/Gesundheitsversorgung“, „Wegweiser zu besonderen Bedarfen wie z. B. Behinderung, Erkrankungen, berufliche Perspektiven, Leben mit Kindern und andere.“

Abbildung 42

Barrieren und Bedarfe der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert nach zwei Gruppen der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung



Quelle: Angaben der Einrichtungen psycho-sozialer Dienste und relevanter Klinikabteilungen (n=67) 2017. Gruppe I: fortgeschrittene Umsetzung der Interkulturellen Öffnung; Gruppe II: mangelhafte Umsetzung der Interkulturellen Öffnung. 1=Trifft nicht zu bis 5=Trifft zu. *F(1, 65)=9,2, p<0,05; ** F(1, 61)=6,5, p<0,05; *** F(1, 56)=20,5, p<0,001.

■ Gesamt
 ■ Gruppe 1
 ■ Gruppe 2

4 Ergebnisse

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen der Einrichtungen der beiden Gruppen ergeben sich bei den folgenden drei Faktoren:

- Im Vergleich zu den Einrichtungen der ersten Gruppe wird die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in jenen der zweiten deutlich häufiger nicht als Führungsaufgabe „top-down“ wahrgenommen. Die gruppierten Mittelwerte lagen bei 1,6 (trifft eher nicht zu) bei der ersten Gruppe und bei 3,0 (teils/teils) bei der zweiten.
- Den Einrichtungen der zweiten Gruppe fehlen häufiger Kontakte zu „Migranten-Communities“ in Frankfurt am Main. Die gruppierten Mittelwerte lagen bei 2,3 (trifft eher nicht zu) bei der ersten Gruppe und bei 3,1 (teils/teils) bei der zweiten.
- Die Fachkräfte der ersten Gruppe wurden in den vergangenen zwei Jahren zunehmend mehr mit sprachlichen Verständigungsproblemen konfrontiert. Die gruppierten Mittelwerte lagen bei 3,9 (trifft eher zu) bei der ersten Gruppe und bei 3,0 (teils/teils) bei der zweiten.

Daraus lässt sich ableiten, dass der Anstoß zu einer umfassenden Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in erster Linie eine Führungsaufgabe ist.



5 Diskussion der Ergebnisse

5.1 Worauf kommt es in der Praxis wirklich an?

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung wurden im Auswertungsworkshop mit sechs Personen diskutiert, die über langjährige Erfahrungen im Bereich der psychosozialen Dienste in Frankfurt am Main verfügen. Erfahrungen, Einschätzungen und Sichtweisen der Expertinnen und Experten sind bereits bei der Interpretation und zur Ergänzung der Erkenntnisse in den vorherigen Kapiteln eingeflossen. Hier nun werden die zentralen Erkenntnisse mit Blick auf die Frage „Worauf kommt es in der Praxis wirklich an?“ zusammenfassend dargestellt und auf den Punkt gebracht.

Offene Haltung auf der Steuerungs- und Leitungsebene sowie eine gelebte Interkulturalität in der Praxis sind die Grundvoraussetzungen auf dem Weg zur Interkulturellen Öffnung.

Eine Verankerung der Interkulturellen Öffnung in den Konzeptionen und/oder den Leitbildern der Einrichtungen ist zweifelsohne wichtig. Noch relevanter ist, das Thema ernst zu nehmen und die offene Haltung zur Interkulturellen Öffnung durch konkrete Steuerungsmechanismen, -instrumente und Rituale in der Praxis vorzuleben. Dabei haben die Entscheidungsträger eine Schlüsselrolle. Offene Haltung kommt insbesondere bei Anstellungsprozessen und beim Organisationsaufbau zum Tragen. Im nachfolgenden Zitat wird dieses Argument bekräftigt:

„Es steuert der Träger, es steuert der Vorstand, die Geschäftsführung. Es steuern die Chefs, wenn sie in ihren Anstellungssituationen sind. Es sind die Leitbilder,

die jemand erstellt. Also da fängt es erst mal an. Und daraus können wir [...] erst anfangen zu operationalisieren. Was heißt es für eine Einrichtung, Interkulturelle Öffnung wirklich nachhaltig zu verfolgen? Unabhängig davon, ob man aus einem bestimmten Anlass jetzt damit anfängt, vor zehn Jahren oder vor 50 Jahren.“

(AW_19)

Wird dem Thema der Interkulturellen Öffnung bereits bei Stellenausschreibungen und im Vorstellungsgespräch hohe Bedeutung beigemessen, so besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass erforderliche Strukturen in Einrichtungen sukzessive aufgebaut werden. Es wird z. B. den Mitarbeitenden ermöglicht, sich mit unterschiedlichen Aspekten der Interkulturellen Öffnung (verstärkt) auseinanderzusetzen, sich fortzubilden und regelmäßig in Teams zu reflektieren. Des Weiteren kann Ressourcenknappheit nicht als alleiniger Grund für eine mangelhafte Umsetzung der Interkulturellen Öffnung verstanden werden. Es sind bestimmte Rahmenbedingungen, Einstellungen und Organisationsgepflogenheiten, die eine wohlwollende und vertrauliche Auseinandersetzung mit vielen Ambivalenzen in Organisationen erlauben sollen. Einige Grundanforderungen werden im nachfolgenden Zitat beispielhaft dargestellt:

„Wir haben alle nicht genug Geld, wir haben alle sehr viele Aufgaben, wir haben alle Ressourcenknappheit. Aber die Haltung muss so sein. Es sind gewisse Grundanforderungen da, für die wir Platz schaffen müssen. Und das fängt dann schon damit an, wie laufen unsere Teamsitzungen ab, reflektieren wir das, was passiert. Wie ist denn die Stimmung? Ist es so vertraulich, dass wir auch unsere Ambivalenzen darstellen können? Das

hat sehr viel eben diese Haltung und Reflektion zu tun bis hin zu Organisatorischen. Wir können nicht nur das Organisatorische jeweils vorschieben und sagen, bestimmte Sachen können wir nicht. Wir können doch viel mehr, weil es eben Vieles mit Haltungsfragen zu tun hat.“

(AW_56)

Neben der Steuerungsebene, die wegweisende Entscheidungen trifft, der Leitungsebene, die diese Entscheidungen mitträgt und passende Bedingungen schaffen muss, den Fachkräften, die beraten und behandeln, sind weitere Personen wichtig: jene, die erste Kontakte zwischen Organisationen und Klientinnen und Klienten am Empfang herstellen und bereits in den ersten Minuten offene Haltung vorleben.

„Ich glaube, dass den Leuten, die am Empfang sitzen bzw. die für den allerersten Kontakt sozusagen zuständig sind, dass deren Haltung absolut entscheidend ist. Also Offenheit, Vorurteilsfreiheit, eine gewisse Wärme auch und Freundlichkeit müssen einfach gegeben sein. Ich glaube, sonst sind Menschen einfach sehr schnell weg wieder.“

(AW_43)

Gelebte Interkulturalität und Offenheit der Einrichtungen lässt sich zudem vermitteln durch: mehrsprachiges Willkommenheißer, mehrsprachige Flyer, Broschüren und Informationsmaterialien. Letztlich sind es Klientinnen und Klienten, für die die Einrichtungen errichtet sind und die Fachkräfte eingestellt werden. Daher gilt es, sie stets im Blick zu behalten bzw. gezielt zu analysieren. Im nachfolgenden Zitat werden die hierzu relevanten Fragestellungen ganz konkret formuliert:

„Was sind meine Klienten, wo kommen die her? Und ist es Interesse von mir, mehr auf die 50 oder 60 Prozent zu kommen, die unsere Stadtgesellschaft repräsentieren? Wie kann ich die erreichen? Ich würde vielleicht auch die vorhanden Klienten fragen, wie geht es denn? Also die mit einbeziehen. Und dann würde ich meine Mitarbeiter einbeziehen und fragen: Was wollt ihr? Wollt ihr es auch? Also ich will es, wollt ihr es auch?“

Wie kriegen wir das gemeinsam hin? Was denkt ihr, was funktioniert? Und dann wahrscheinlich schon in dem nächsten Schritt auch gucken, ja, wie suche ich denn mein Personal aus, spielt es wenigstens eine Rolle? Spielt es eine Rolle, ob jemand einen anderen kulturellen Hintergrund hat.“

(AW_70)

In Frankfurt am Main haben die interviewten Expertinnen und Experten eine deutliche Veränderung der Klientel wahrgenommen – „von anfangs doch eher deutschen Klienten zu immer mehr internationalem Publikum“ (AW_6). Diese Veränderung stellte die Fachkräfte früher oder später vor die Erkenntnis, dass sie ihre Arbeit ohne Interkulturelle Öffnung ihrer Strukturen und Angebote nicht mehr hätten leisten können. Zu akzeptieren, dass viele Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen in Frankfurt am Main leben und Unterstützung zur Bewältigung ihrer Lebenssituationen benötigen, ist also einer der ersten Schritte hin zur Entwicklung einer offenen und sensiblen Haltung bezüglich eigenen professionellen Handelns.

Dabei ergibt sich in der Praxis ein Spannungsfeld von zwei extremen Haltungen, zwischen denen die Suche nach der eigenen Position stattfindet. Diese sind: „Alle Menschen sind gleich“ (ich sehe da gar keine Unterschiede) und „Alle Menschen sind unterschiedlich“ (ich muss bei jedem einen individuellen Weg finden). Diese Ambivalenz in der praktischen Arbeit auszuhalten und einen gangbaren Weg zu finden, um Bedarfe der Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und ihnen zu helfen, erfordert einen gewissen Grad an Sensibilität. Das folgende Zitat beleuchtet dieses Spannungsfeld mit einem Beispiel aus der Arbeit mit geflüchteten Menschen:

„Aus unserem Bereich wichtig ist [...] ein Interesse für die Migrations- oder Fluchtbiografie... Also wirklich ein explizites Interesse daran zu haben und es den Menschen zu vermitteln, ich möchte das wissen. [...] Und dann für uns dieses Wissen zu verknüpfen mit Theorie, die wir haben. Also es gibt eine Menge Theoriebildung dazu, wie Migration gelingen kann oder was sind die belastenden Faktoren im Laufe einer Migrationsbiografie. Und das [...] irgendwann zusammenfügt zu einem

Bild auch zu verstehen, wie ist dieser Mensch oder wie ist der Kontext, der dazu beiträgt, dass diese Art von psychischer Erkrankung jetzt aufgetreten ist. Ähnliche Richtung: Interesse für das subjektive Krankheitsverständnis. Also das ist ganz wichtig. Also wir haben unsere westlichen Konzepte, psychiatrische Konzepte, psychotherapeutische Konzepte, die wirklich in den westlichen Ländern entstanden sind und dort auch immer wieder evaluiert werden. [...] Und wir stellen fest, dass Menschen aus anderen Kulturen ein anderes subjektives Krankheitsverständnis haben.“

(AW_41)

Die Veränderung der Zielgruppen in Frankfurt am Main ging in vielen Einrichtungen mit Veränderung ihrer Handlungsansätze einher. So haben einige Einrichtungen bereits seit Mitte der 1990er Jahren ihre Angebote hin zur Interkulturellen Öffnung – z. B. mit muttersprachlichen Sprechstunden – fortentwickelt und die Einstellungspolitik, Muttersprachlerinnen und Muttersprachler einzustellen, konsequent und kontinuierlich verfolgt. Daher ist es in diesen Einrichtungen heute möglich, Angebote in mehr als zehn verschiedenen Sprachen anzubieten. Abgesehen von Muttersprachlichkeit haben die Einrichtungen kontinuierlich daran gearbeitet, ihre Angebote allen Menschen in Frankfurt am Main zugänglich zu machen. Sie reagieren gezielt auch auf kurzfristig entstehende Bedarfe, wie z.B. Beratung und Versorgung geflüchteter Menschen.

Nachholbedarfe sehen die Expertinnen und Experten in den Ausbildungscurricula der Sozialen Arbeit, Erziehungspädagogik, Sozialpädagogik und anderen Bereichen. Interkulturelle Öffnung werde immer noch als Inselthema punktuell behandelt, interkulturelle Kompetenz werde als Inselbegabung einzelner Personen gesehen. Was benötigt werde, sei eine feste Verankerung des Themas im Bildungssystem.

5.2 Inwiefern lässt sich die Entwicklung in Frankfurt am Main im zeitlichen Verlauf nachzeichnen?

Da die letzte umfassende quantitative Untersuchung der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung der psychosozialen Dienste in Frankfurt am Main aus dem Jahr 1992 (Gaitanides, 1992) datiert, wird nachfolgend versucht, grobe Tendenzen der Entwicklungen in den letzten 25 Jahren nachzuzeichnen. Vorab gilt es, auf einige methodische und konzeptionelle Einschränkungen dieses Versuchs hinzuweisen.

Interkulturelle Öffnung ist ein dynamischer Prozess, der nie abgeschlossen sein kann. In dieser Studie wird dieser Prozess in einem klar abgegrenzten Handlungsfeld und in eindeutig definierten zeitlichen und sozialräumlichen Einheiten empirisch untersucht. Es ist im besten Fall nur möglich, diesen Prozess systematisch im Querschnitt zu analysieren, Missverhältnisse aufzudecken, Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Faktoren zu prüfen, neue Ziele zu formulieren und daraus ggf. auch Handlungsempfehlungen für die Fortentwicklung der Praxis abzuleiten. Dabei ist die Mitwirkung vieler Personen, die über den Zugang zu den benötigten Daten, Kenntnissen und Erfahrungen verfügen, unerlässlich. Werden valide Daten gesichert und unter Anwendung angemessener Methoden umfassend analysiert und dokumentiert, so bleibt im Ergebnis nicht mehr und nicht weniger als eine Momentaufnahme oder ein Bild, das eine bestimmte „Realität“ an der einen oder anderen Stelle verzerrt, vereinfacht oder etwas unscharf stehen lässt. Werden Untersuchungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und unter Anwendungen unterschiedlicher Methoden durchgeführt, so lässt sich die Entwicklung des Untersuchungsgegenstands im zeitlichen Verlauf nur mit vielen Einschränkungen analysieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind zwar nur eine Momentaufnahme der Situation der Interkulturellen Öffnung der psycho-sozialen Dienste in Frankfurt am Main. Dennoch lassen sich im Vergleich zur Lage in den 1990er Jahren deutliche Fortschritte erkennen.

Eine Erkenntnis von Gaitanides (1992) in seinem Gutachten war, dass Migrantinnen und Migranten Angebote mit präventivem und nachsorgendem Charakter im Regelversorgungsbereich unterdurchschnittlich und in den sogenannten randständigen Bereichen (wie z. B. Frauenhäuser, offene Jugendarbeit, Jugendgerichtshilfe) überdurchschnittlich nutzen. Wird eine abweichende Definition der Untersuchungszielgruppe – in dieser Studie wurde eine breiter gefasste Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund untersucht – vernachlässigt, so lässt sich feststellen, dass sich diese Relation deutlich verändert hat.

Im Jahr 2016 lag der Anteil von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in den befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste bei 63 %. Er war damit um rund 11 % höher als der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der gesamten Frankfurter Bevölkerung. Menschen mit Migrationshintergrund waren insbesondere bei den Einrichtungen, die sowohl Beratungs- als auch Versorgungsleistungen angeboten haben, deutlich überrepräsentiert (73 %). In den Beratungseinrichtungen lag der Anteil bei 56 %, in den Versorgungseinrichtungen bei 51 % und in relevanten Klinikabteilungen bei 50 %. Auch ohne Berücksichtigung der Klientinnen und Klienten der Wohnungslosen- und Drogenhilfe sowie der Prävention, die rund drei Viertel aller Nutzenden der Angebote der psycho-sozialen Dienste darstellen, lag der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund bei 53 %.

Zudem zeigt die vorliegende Untersuchung, dass der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in einem Zusammenhang mit dem Grad der Interkulturellen Öffnung der Einrichtungen, dem Vorhalten niedrigschwelliger Angebote sowie erwartungsgemäß mit dem Vorhalten migrantenspezifischer Angebote steht. So lag der Anteil jener Klientinnen und Klienten in der Gruppe der Einrichtungen mit fortgeschrittener Umsetzung der Interkulturellen Öffnung bei 64 % und in der Gruppe der Einrichtungen mit

mangelhafter Umsetzung bei 42 %. Dabei gilt zu beachten, dass die erste Gruppe rund 58 % der befragten Einrichtungen ausmacht. Bei der Interpretation dieser Daten ist ausdrücklich Vorsicht geboten, weil die Erkenntnisse der vorliegenden Studie nur im Hinblick auf die Beratungseinrichtungen repräsentativ sind. Die Erkenntnisse zu den befragten Versorgungseinrichtungen, Beratungs- und Versorgungseinrichtungen sowie Kliniken lassen nur grobe Tendenzen erkennen.

Auch mit Blick auf die Mitarbeitenden der psycho-sozialen Dienste lässt sich eine erhebliche Verbesserung der Situation feststellen. Informationen hinsichtlich Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund wurden im Gutachten von 1992 differenziert nach einzelnen Einrichtungen aufbereitet. Dabei wurden diese damals fast durchgehend als „nicht vorhanden“ markiert. So fasste Gaitanides zusammen, dass im Rahmen seiner Untersuchung insgesamt 86 ausländische Fachkräfte ermittelt werden konnten. Diese Zahl war damals – „gemessen an den Legionen deutscher Fachkräfte im Berufsfeld – wahrlich eine ‚quantité négligeable‘“ (Gaitanides 1992, S. 44).

Zum Stichtag 1. September 2017 war zumindest eine Person mit Migrationshintergrund als Leitung oder Fachkraft in rund 82 % (54) der befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste (ohne Kliniken) tätig. In absoluten Zahlen handelt es sich um insgesamt 227 Personen (ohne Kliniken) bzw. 305 Personen (mit Kliniken) mit Migrationshintergrund. Insgesamt kamen Mitarbeitende mit Migrationshintergrund aus 39 Herkunftsländern. Eine vertiefende Analyse der Personalstruktur, differenziert nach Mitarbeitenden mit und ohne Migrationshintergrund, hat zudem gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund zwar weiterhin unterrepräsentiert sind. Deren Anteile variieren jedoch nach den verschiedenen Positionen (Leitungs-, Fach- und Honorarkräfte), den Einrichtungsarten und dem Stand der Interkulturellen Umsetzung in den einzelnen Einrichtungen zwischen 15 % und 40 %. Insbesondere mit Blick auf die Besetzung der Leitungspositionen besteht nach wie vor Nachholbedarf.

Auch auf den erheblichen Ausbau muttersprachlicher Angebote soll an dieser Stelle hingewiesen werden. Waren

diese im Gutachten von 1992 insbesondere in Regelbereichen als kaum vorhanden beschrieben, so können aktuell fast alle Einrichtungen ihre Beratungs- und/oder Versorgungsangebote bei Verständigungsproblemen in mindestens einer anderen Sprache (in der Regel auf Englisch, Französisch oder Spanisch) durchführen. Insgesamt haben die Befragten über 30 Sprachen genannt, in denen sie bei Bedarf Dienstleistungen erbringen können. Zur Anregung von Gaitanides (1992, S. 46), dass „die ausländischen KollegInnen nicht allein zuständig sind für ihre Landsleute bzw. Ausländer nur für Ausländer“, wurden in der vorliegenden Studie zwar keine quantitativen Daten generiert. Im Auswertungsworkshop wurde jedoch darauf hingewiesen, dass sich solche Konstellationen weiterhin bei muttersprachlichen Angeboten ergeben können. Insgesamt hat sich diese Situation jedoch inzwischen ins Positive verändert.

Die Vernetzung zwischen unterschiedlichen Akteuren im Stadtraum wurde im Gutachten zwar nicht gezielt untersucht. Gaitanides weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass diese dringend empfohlen wird und differenziert zwischen Vernetzung der psycho-sozialen Dienste untereinander sowie mit migrantenspezifischen Organisationen. In der vorliegenden Studie konnten die Befragten mehrheitlich über bestehende Kooperationen mit anderen Trägern, Vereinen und Verbänden, aber auch mit anderen Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste in Frankfurt am Main berichten. Nachholbedarf gibt es nach wie vor bezüglich des Aufbaus der Kooperationen und Kontakte zu Migrantenselbstorganisationen und Selbsthilfegruppen.

5.3 Wo steht Frankfurt am Main im Vergleich zu anderen Großstädten?

Die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung psycho-sozialer Dienste gehört zu jenem Forschungsbereich empirischer Praxisforschung, der von komplexen und nicht immer voneinander trennscharf abzugrenzenden Wechselwirkungen und Zusammenhängen gekennzeichnet ist. Diese Problematik wird durch die unterschiedlichen Arten der Einrichtungen, Dienstleistungen und Hilfsangebote verschärft. Zwar existieren einige Untersuchungen

und Studien zu dieser Thematik, doch unterscheiden sie sich hinsichtlich eines bestimmten regionalen Fokus, dem Fokus auf bestimmte Versorgungsarten sowie in den methodischen Vorgehensweisen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass kaum vergleichbare Forschungsergebnisse vorliegen, die zur Deutung der Ergebnisse dieser Studie herangezogen werden können. Diese Problematik wurde bereits bei der Konzipierung der Studie erkannt und in Kapitel 2.2 mehrmals angedeutet. Dennoch ist es der Anspruch der wissenschaftlich fundierten Praxisforschung, einen roten Faden über wichtige Veränderungen in unterschiedlichen Kontexten zu erkennen und zentrale Entwicklungstendenzen zu diskutieren. Diesem Anspruch wird nachfolgend – soweit möglich – Rechnung getragen.

Will man den aktuellen Stand der Umsetzung Interkultureller Öffnung psycho-sozialer Dienste in Frankfurt am Main mit Tendenzen in anderen Großstädten vergleichen, so lassen sich die quantitativen Erkenntnisse nur mit jenen der Berliner Studie vergleichen. Dabei gilt es, zahlreiche methodische Einschränkungen zu beachten. Insgesamt kann die Lage in Frankfurt am Main als relativ gut, jedoch mit Entwicklungspotenzial bezeichnet werden.

In der Studie von Penka et al. (2015) lag der Fokus der Untersuchung auf Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung in einem Berliner Bezirk. Erhoben wurden Daten im Zeitraum von Juli 2011 bis März 2013. Daher lassen sich die generierten Erkenntnisse mit jenen der vorliegenden Studie nicht auf der Ebene prozentualer Verteilung einzelner Indikatoren auf die untersuchten Einrichtungen vergleichen, sondern nur auf der Ebene identifizierter Tendenzen. So wurde für die Berliner Einrichtungen festgestellt:

- sowohl Angestellte als auch Nutzende mit Migrationshintergrund waren unterrepräsentiert;
- professionell Dolmetschende wurden selten eingesetzt;
- in knapp jeder fünften Einrichtung gab es keine Mitarbeitenden mit Kompetenzen in nichtdeutscher Fremd- oder Muttersprache;

- die Verankerung der Interkulturellen Öffnung in Konzeption/Leitbild fand nur in einer Hälfte der Einrichtungen statt;
- zumindest eine Person mit Migrationshintergrund war ebenfalls nur in einer Hälfte der Einrichtungen tätig;
- Fortbildungen zu interkulturellen Themen besuchten die Mitarbeitenden aus etwas mehr als zwei Dritteln der Einrichtungen;
- in jeder dritten Einrichtung wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen migrantenspezifisch ausgerichtet;
- die Website der Einrichtungen war in nur etwas mehr als jeder zehnten Einrichtung in mehrere Sprachen übersetzt;
- mehrsprachiges Informationsmaterial für Nutzende stand in 40 % der Einrichtungen zur Verfügung.

Eine zusammenfassende Schlussfolgerung lautete, dass die Interkulturelle Öffnung wenig umgesetzt wurde.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie decken sich mit jenen der Berliner Studie nur an bestimmten Stellen. Auch wenn sich in der Mehrheit der untersuchten Einrichtungen in Frankfurt am Main deutliche Fortschritte auf dem Weg hin zur Interkulturellen Öffnung auf der institutionellen Ebene erkennen lassen, sind Menschen mit Migrationshintergrund unter den Mitarbeitenden weiterhin unterrepräsentiert. Der Unterschied ist allerdings deutlich kleiner als in Berlin, und es gibt nur wenige Einrichtungen, in denen keine Person mit Migrationshintergrund als Leitungs- und/oder Fachkraft tätig ist.

Unter den Nutzenden der psycho-sozialen Dienste sind Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil vertreten. Eine Ausnahme stellen allerdings die Einrichtungen dar, die sowohl Beratungs- als auch Versorgungsleistungen erbringen. Hier sind Klientinnen und Klienten mit rund 73 % deutlich überrepräsentiert. Die Tatsache, dass vier von fünf Nutzenden dieser Einrichtungen Verständigungsprobleme in deutscher Sprache haben (in den restlichen Einrichtungen liegt dieser Anteil bei rund 30 %), weist auf eine kurze Verweildauer dieser Personen in Deutschland bzw. Frankfurt am Main hin. Diese Zahl ist daher nur schwer mit der Frankfurter Bevölkerung zu vergleichen.

Professionell Dolmetschende setzen auch Einrichtungen in Frankfurt am Main nur selten ein; deutlich häufiger wird auf Fremd- und Muttersprachkompetenzen der Mitarbeitenden zurückgegriffen. 62 von 66 Einrichtungen könnten auch bei Verständigungsproblemen in einer nichtdeutschen Sprache beraten und/oder versorgen. Interkulturelle Öffnung findet sich in Konzeption/Leitbild von zwei Dritteln der Einrichtungen. In der Mehrheit der Einrichtungen nimmt dieses Thema hohen oder zumindest teilweise hohen Stellenwert ein. Der Anteil der Einrichtungen, deren Mitarbeitende an Fortbildungen zu Interkultureller Öffnung teilnehmen, lag mit zwei Dritteln auf gleichem Niveau wie in Berlin. Ähnlich wie in der Hauptstadt lässt sich auch in Frankfurter Einrichtungen großer Nachholbedarf hinsichtlich migrantenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit feststellen. Insbesondere die Aufbereitung von Informationen in elektronischer Form (wie z. B. Internetseite) in mehreren Sprachen findet selten statt.



6 Zusammenfassender Überblick

Methodische Grundlagen

Die vorliegende Untersuchung basiert hauptsächlich auf einer quantitativen, standardisierten Befragung der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste sowie relevanter Klinikabteilungen in Frankfurt am Main. Dabei wurde zwischen drei Typen der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert:

- Einrichtungen, die ausschließlich psycho-soziale Beratung (z. B. Sucht-, Familien, Sexual-, Migrationsberatung) anbieten,
- Einrichtungen, die ausschließlich psycho-soziale Versorgung (z. B. Wohn- und Tageseinrichtungen, Einrichtungen der Suchthilfe, gemeindepsychiatrische Einrichtungen) anbieten sowie
- Einrichtungen, die Dienstleistungen in den beiden o.g. Bereichen anbieten.

Die Befragung wurde als Vollerhebung konzipiert. Insgesamt wurden 116 Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste sowie acht Abteilungen in fünf Kliniken angesprochen, die im Rahmen der vorhergehenden Adressrecherche identifiziert wurden. Die Befragung richtete sich an die Leitungskräfte. Diese hatten die Möglichkeit, ihre Angaben entweder auf einem Papier-Fragebogen oder online zu machen. Die beiden Beteiligungsmöglichkeiten wurden etwa gleich häufig genutzt.

Die gesamte Rücklaufquote lag bei rund 60 % bei den Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste und 50 % bei Klinikabteilungen. Werden die Daten differenziert nach drei

Typen der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste berechnet, so lassen sich repräsentative Aussagen nur für die Beratungseinrichtungen (71 %) treffen. Die Rücklaufquoten für die Versorgungseinrichtungen (46 %) und Beratungs- und Versorgungseinrichtungen (48 %) waren vor dem Hintergrund niedriger absoluter Zahlen nicht ausreichend groß, die Ergebnisse sind in diesem Bereich somit als eingeschränkt repräsentativ zu betrachten.

Die Befragung fand im Herbst 2017 statt. Daten hinsichtlich der Personalstruktur wurden einheitlich zum Stichtag 1. September 2017 erhoben, hinsichtlich der Klientel der Einrichtungen bezogen auf das Jahr 2016. Angaben zu 21 Indikatoren der Interkulturellen Öffnung in den befragten Einrichtungen bildeten den jeweiligen Stand zum Zeitpunkt der Befragung ab; zwei weitere Indikatoren erfassten die Umsetzung bestimmter Maßnahmen in den letzten zwei Jahren. Mithilfe eines weiteren Indikators wurde die Planung bestimmter Maßnahmen für die beiden Folgejahre erfasst. Insgesamt bestand der Fragebogen aus 37 Fragestellungen.

Ergänzend zu quantitativen Datenbeständen wurden die Ergebnisse der Untersuchung mit sechs Personen im Rahmen eines Auswertungsworkshops diskutiert. Da die beteiligten Personen über langjährige Praxiserfahrungen im Feld der Untersuchung verfügten, hatte der Auswertungsworkshop den Charakter eines Gruppeninterviews mit Expertinnen und Experten. Ihre Einschätzungen, Deutungen und Beispiele flossen in alle Ergebnisteile des Berichts ein. Ihre Hauptargumente mit Blick auf zentrale Faktoren der Interkulturellen Öffnung wurden bei der Diskussion der Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Bestandsaufnahme der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste

Von 66 Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligt haben, haben sich 42 (64 %) den Einrichtungen der Beratung zugeordnet, 11 (17 %) jenen der Versorgung und 13 (20 %) jenen der Beratung und Versorgung. Dabei verstehen sie sich mehrheitlich als Beratungsstelle (68 %; 45), Kontakt- und Begegnungsstätte (20 %; 13), Migrationsberatung (20 %; 13) und/oder Einrichtungen des betreuten Einzelwohnens (18 %; 12). Diese Einrichtungen werden insgesamt von 32 freien Trägern bzw. in Kooperation von unterschiedlichen Trägern getragen.

Die befragten Einrichtungen sind in 21 von 46 Frankfurter Stadtteilen angesiedelt. Dabei sind etwas mehr als ein Drittel der Einrichtungen (36 %; 24) in zentralen Stadtteilen – Ostend, Innenstadt und Bockenheim – zu finden. Werden zusätzliche Anlaufstellen der Einrichtungen bzw. Stadtteile berücksichtigt, in denen die Einrichtungen aktiv arbeiten, so lässt sich feststellen, dass alle Frankfurter Stadtteile gut abgedeckt sind. In jedem Stadtteil sind zwischen sieben und 19 Einrichtungen aktiv.

Personalstruktur zum Stichtag 1. September 2017

In den befragten Einrichtungen waren zum Stichtag 1. September 2017 hauptsächlich weibliche Leitungs-, Fach- und Honorarkräfte beschäftigt. Im Durchschnitt variierte der Anteil von Frauen in den Leitungspositionen zwischen 50 % und 72 %, als Fachkräfte arbeiteten zwischen 64 % und 83 % und als Honorarkräfte/Übungsleiterinnen zwischen 63 % und 75 % je nach Typ der Einrichtung. Auch als Ehrenamtliche engagieren sich mehrheitlich Frauen (zwischen 58 % und 73 %).

In der Mehrheit der befragten Einrichtungen (82 %; 54) war zumindest eine Person mit Migrationshintergrund tätig. Die genauen Anteile der Menschen mit Migrationshintergrund unterschieden sich zwischen den drei erfassten Positionen und drei Einrichtungstypen erheblich. Auf der

Leitungsebene variierte der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund zwischen 25 % und 32 %; auf der Ebene der Fachkräfte zwischen 24 % und 42 % und auf der Ebene der Honorarkräfte zwischen 22 % und 59 %. Der Anteil von ehrenamtlich aktiven Menschen mit Migrationshintergrund variierte zwischen 20 % und 34 %.

Im Durchschnitt – über alle Kategorien und Einrichtungstypen hinweg – hatte jede dritte Person einen Migrationshintergrund. Dabei wurden insgesamt 39 Herkunftsländer identifiziert. Mehrheitlich beschäftigten die Einrichtungen zumindest jeweils eine Person mit Herkunftsland Polen, Kroatien, Türkei, Italien und/oder Bosnien und Herzegowina. Ob Menschen aus diesen Ländern tatsächlich die Mehrheit der in den psycho-sozialen Dienste tätigen Personen mit Migrationshintergrund darstellen, lässt sich aus der vorliegenden Studie nicht ableiten. Bei Verständigungsproblemen kann das Personal in fast allen Einrichtungen (94 %; 62) Beratungs- und/oder Versorgungsangebote in einer anderen Sprache bzw. anderen Sprachen als Deutsch durchführen. Von insgesamt 30 Sprachen, die bei Bedarf gesprochen werden können, wurden am häufigsten genannt: Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch, Polnisch, Russisch, Farsi, Serbokroatisch, Türkisch und Albanisch.

Wenngleich sich Angebote der psycho-sozialen Dienste hauptsächlich an Erwachsene richten, halten einige Einrichtungen auch solche für Kinder und Jugendliche vor. Die überwiegende Mehrheit aller Einrichtungen bietet niedrigschwellige/offene Angebote an, die kurzfristig, kostenlos und ohne Versicherungskarte in Anspruch genommen werden können. Präventive Angebote bieten etwas mehr als der Hälfte der Einrichtungen an. Angebote, die sich nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten, gibt es in weniger als der Hälfte der Beratungseinrichtungen. Werden die bereitgestellten Angebote differenziert nach spezifischen Merkmalen der Nutzenden betrachtet, so bietet jede dritte Einrichtung Angebote, die sich speziell an Frauen richten. Angebote speziell für Männer gibt es in etwas mehr als jeder fünften Einrichtung.

Nutzende der Angebote der psycho-sozialen Dienste (ohne Klinikabteilungen) im Jahr 2016

Die Anzahl der Nutzenden der Angebote wurde in absoluten Zahlen erfasst. Falls bestimmte Personen mehrere Angebote in mehreren Einrichtungen in Anspruch genommen haben, so wurden sie mehrmals gezählt. Angemessener wäre es zwar, nicht von der Anzahl der beratenen und/oder versorgten Personen zu sprechen, sondern von jener der Beratungs- und Versorgungsfälle. Aufgrund der methodischen Einschränkungen war dies aber nicht möglich. Daher gilt es, diese Besonderheit bei der Interpretation der generierten Zahlen zu beachten.

Von rund 180.000 Personen, die Dienstleistungen der psycho-sozialen Dienste in Frankfurt am Main in 2016 in Anspruch genommen haben, waren drei Viertel Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und/oder Drogenhilfe und Prävention. Während Angebote der Einrichtungen mit ausschließlich Beratungs- oder mit ausschließlich Versorgungsleistungen gleichermaßen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund genutzt wurden (56 % bzw. 51 %), wurden jene der psycho-sozialen Beratung und Versorgung mehrheitlich von Menschen mit Migrationshintergrund (73 %) genutzt. Insgesamt wurden 60 Herkunftsländer der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund berichtet. Dabei variierte die Vielfalt der Herkunftsländer von zwei bis 50 pro Einrichtung. Im Durchschnitt haben Einrichtungen mit Klientinnen und Klienten aus 23 Ländern beraten und versorgt.

In den Einrichtungen mit ausschließlich Beratungs- oder Versorgungsangeboten hatte rund jede dritte Person mit Migrationshintergrund Verständigungsprobleme in deutscher Sprache. Der entsprechende Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund, die Verständigungsprobleme in deutscher Sprache hatten, lag bei 83 %. Dieser ist teilweise darauf zurückzuführen, dass in diesen Einrichtungen häufig spezielle Angebote existieren, die auf bestimmte Personengruppe zugeschnitten sind (z. B. Geflüchtete) oder maßgeblich von Menschen mit Migrationshintergrund wahrgenommen werden (z. B. im Bereich der Wohnungslosenhilfe). Bei Verständigungsproblemen greifen die

befragten Einrichtungen am häufigsten auf die Fremd- und/der Muttersprachkompetenzen ihrer Mitarbeitenden zurück. Weitere Möglichkeiten wie z. B. professionell Dolmetschende, Telefondolmetscherdienste und Kulturmittlerinnen und Kulturmittler werden (sehr) selten oder nicht genutzt.

Kinder und Jugendliche stellten nur 3 % der Klientinnen und Klienten der befragten Einrichtungen dar. Knapp eine Hälfte der Nutzenden (48 %) war zwischen 27 Jahre und dem Rentenalter. Die andere Hälfte bestand aus jungen Erwachsenen bis 27 Jahre (22 %) sowie Seniorinnen und Senioren (26 %).

Während Nutzende der Beratungseinrichtungen zu fast zwei Dritteln Frauen (62 %) waren, waren jene der Versorgungs- sowie der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen häufiger Männer (78 % bzw. 81 %). Mehrheitlich lebten die Nutzenden der psycho-sozialen Beratung sowie der psycho-sozialen Beratung und Versorgung in Frankfurt am Main (81 % bzw. 85 %). Die Nutzenden der Versorgungseinrichtungen lebten hingegen knapp zur Hälfte außerhalb Frankfurts.

Psycho-soziale Beratung und Versorgung in relevanten Klinikabteilungen

Bei der Adressrecherche nach psycho-sozialen Diensten in Frankfurt am Main wurden insgesamt acht Abteilungen in fünf Kliniken identifiziert, die psycho-soziale Beratungs- und/oder Versorgungsangebote vorhalten. Die Leitungskräfte dieser Abteilungen wurden gebeten, sich an der Befragung zu beteiligen. Insgesamt kamen drei ausgefüllte Fragebögen aus zwei Kliniken zurück, wobei in einem Fragebogen Angaben zu zwei Abteilungen kumuliert angegeben wurden. Trotz der eingeschränkten Repräsentativität der Daten werden zentrale Befunde zusammenfassend dargestellt.

Bei der Personalstruktur decken sich die Ergebnisse in Klinikabteilungen mit jenen in den Einrichtungen der psycho-sozialen Versorgung: Die Leitungspositionen sind zwischen Frauen und Männern fast paritätisch aufgeteilt; jede vierte Leitungskraft ist eine Person mit Migrationshintergrund. Auf der Ebene der Fachkräfte sind Frauen mit 85 % deutlich überrepräsentiert. Der Anteil von Fachkräften mit Migrationshintergrund liegt bei 29 %.

Im Gegensatz zu den befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste halten Klinikabteilungen keine niedrigschwelligen/offenen Angebote vor. Die Klientel-Struktur der Klinikabteilungen ist mit jener der Beratungseinrichtungen vergleichbar: Von 10.230 Patientinnen und Patienten der befragten Abteilungen waren rund 70 % Frauen; etwas mehr als drei Viertel kamen aus Frankfurt am Main und rund 50 % waren Menschen mit Migrationshintergrund. Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund, die Verständigungsprobleme in deutscher Sprache hatten, bewegte sich zwischen 10 % und 30 %. Die Anzahl der Herkunftsländer variierte zwischen 17 % und 41 %. Bei Verständigungsproblemen in deutscher Sprache hatten die Mitarbeitenden der Klinikabteilungen die Möglichkeit, ihre Beratungs- und/oder Versorgungsangebote in drei bis 15 anderen Sprachen durchzuführen. Am häufigsten genannt: Englisch, Serbokroatisch, Arabisch, Farsi, Französisch, Griechisch, Russisch, Spanisch, Tigrinya und Türkisch.

Psycho-soziale Beratung und Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung

Nach Angaben der Befragten wurden im Jahr 2016 in 49 von 66 Einrichtungen und vier befragten Klinikabteilungen insgesamt rund 12.000 Personen mit Fluchterfahrung beraten und/oder versorgt. Bei der Interpretation dieser Zahl wird ausdrücklich um Vorsicht gebeten. Denn: Wenn eine Person Angebote in mehreren Einrichtungen in Anspruch genommen hat, wurde sie in dieser kumulierten Zahl mehrfach gezählt. Wird diese methodische Einschränkung vernachlässigt, so lässt sich feststellen: Knapp die Hälfte der Menschen mit Fluchterfahrung nutzten Angebote in Beratungseinrichtungen und rund 40 % solche der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen. Zudem waren rund 10 % Klientinnen und Klienten der Versorgungseinrichtungen und etwa 2 % der Klinikabteilungen. Diese Tendenz lässt sich durch unterschiedlich hohe Zugangsbarrieren zu den Leistungen der Einrichtungen erklären.

Hinsichtlich der Schwierigkeiten und/oder Probleme, die bei der Beratung und/oder Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung „sehr oft“ oder „oft“ eintreten, wurden am häufigsten genannt: Sprachbarrieren, Lebensbedingungen (z. B. Unterkunft), rechtliche Lage, Finanzierung der Beratungs- und Versorgungsleistungen sowie fehlende Finanzierung für spezifische Angebote für Geflüchtete/Asylsuchende.

Bei der Erbringung ihrer Leistungen für Menschen mit Fluchterfahrung sind insgesamt 27 Einrichtungen „sehr oft“ bis „manchmal“ auf ihre personellen Grenzen gestoßen. Davon überdurchschnittlich häufig betroffen waren die Beratungseinrichtungen.

Deskriptive Beschreibung des Stands der Interkulturellen Öffnung in den befragten Einrichtungen und Klinikabteilungen

Die indikatorenbasierte Erfassung des Stands der Interkulturellen Öffnung in den befragten Einrichtungen und Klinikabteilungen wurde auf der strukturellen Ebene in fünf Bereichen erfasst und zunächst ausschließlich deskriptiv beschrieben.

Im Bereich der **Organisationsentwicklung** wurden insgesamt positive Tendenzen festgestellt:

- Mehrheitlich wird das Thema Interkulturelle Öffnung in Konzeptionen/Leitbildern der Einrichtungen verankert, als Querschnittsaufgabe über alle Bereiche hinweg und auf allen Hierarchieebenen gefordert und/oder nimmt einen hohen Stellenwert ein.
- Bei der Entwicklung neuer Angebote werden aktuelle Bedarfe der Bevölkerung unter Berücksichtigung interkultureller Aspekte in der Mehrheit der Einrichtungen beachtet; in knapp jeder dritten der anderen Einrichtungen findet dies zumindest teilweise statt. In den vergangenen zwei Jahren wurden die Angebote in knapp der Hälfte der Einrichtungen im Hinblick auf die Interkulturelle Öffnung quantitativ und/oder qualitativ ausgebaut; in knapp jeder vierten der weiteren Einrichtungen fand dies zumindest teilweise statt.

Im Bereich der **Personalentwicklung** wurden zwei Tendenzen aufgezeigt:

- Zum einen findet die Erweiterung der interkulturellen Kompetenzen der Mitarbeitenden durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen in zwei Dritteln der Einrichtungen statt. Auch der Besuch von Veranstaltungen und Tagungen zu Interkultureller Öffnung wird von der Leitungsebene in 70 % der Einrichtungen gefördert.

- Deutlich weniger achten Einrichtungen jedoch auf eine gezielte Einstellung von Mitarbeitenden mit interkulturellen Kompetenzen. Diese werden als Qualifikation in Stellenprofilen und in Stellenausschreibungen in 40 % der Einrichtungen berücksichtigt. Bei der Einstellung ist dies ein gefordertes Kriterium in weniger als jeder dritten Einrichtung.

Im Bereich der **Vernetzung und Kooperation** der Einrichtungen wurden drei zentrale Tendenzen festgestellt:

- Insgesamt sind die befragten Einrichtungen untereinander sowie mit anderen Trägern, Vereinen und Verbänden in Frankfurt am Main gut vernetzt. Nur etwas mehr als jede zehnte Einrichtung konnte hierzu keine positiven Angaben machen.
- Rund die Hälfte der Organisationen verfügt über Kooperationen und/oder Kontakte zu Migrantenselbstorganisationen. In jeder vierten der übrigen Einrichtungen ist dies zumindest teilweise der Fall.
- Deutlich weniger Einrichtungen konnten hingegen über bestehende Kontakte zu Selbsthilfegruppen berichten (21 %), um Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund zu erkennen und/oder zu bearbeiten. Nur in jeder vierten Einrichtung sind Personen beschäftigt, die als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren agieren können, um aufsuchende Arbeit in Migrantinnen- und Migrantengemeinschaften zu leisten.

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** lässt sich insgesamt eine eher negative Tendenz feststellen:

- Aufbereitung und Bereitstellung von Informationen in verschiedenen Sprachen findet eher selten statt. Auffällig ist, dass elektronisch aufbereitete Informationen (z. B. Internetseiten) nur in 18 % der Einrichtungen in mehreren Sprachen zur Verfügung stehen.
- In jeweils einem Drittel der Einrichtungen werden gedruckte Informationen (z. B. Flyer, Broschüren) in unterschiedlichen Sprachen „standardmäßig aufbereitet“, „teilweise aufbereitet“ oder „nicht aufbereitet“.

Im Bereich der **Qualitätssicherung** ergibt sich ein gemischtes Bild:

- In zwei Dritteln der Einrichtungen wird interkulturelle Orientierung als durchgängiges Prinzip des Qualitätsmanagements umgesetzt bzw. teilweise umgesetzt. Die Besprechung interkultureller Aspekte in Teams wird als am häufigsten genutztes Instrument der Qualitätssicherung genannt.
- Über den Stand der Interkulturellen Öffnung in den Einrichtungen wird regelmäßig, mindestens jedoch jährlich, in einem Drittel der Einrichtungen berichtet bzw. er wird dokumentiert. In einem weiteren Drittel findet dies teilweise statt und in den restlichen Einrichtungen nicht. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass nicht in allen Einrichtungen migrationsspezifische Daten der Nutzenden und der Mitarbeitenden elektronisch aufbereitet werden.

Insgesamt betrachtet sind die befragten Leitungskräfte mit dem jeweiligen Stand der Interkulturellen Öffnung in ihrer Einrichtung überdurchschnittlich zufrieden. Dabei wurden Faktoren, die auf die Sicherstellung sprachlicher Vielfalt zurückzuführen wären, am häufigsten als Erfolgsfaktoren genannt. Die Einrichtungen, die dies aus finanziellen Gründen noch nicht sicherstellen können, benennen Sprachbarrieren, Fehlen eines Dolmetscherpools und Kommunikationshürden als ihre zentralen Herausforderungen.

Analytische Untersuchung des Stands der Interkulturellen Öffnung in den befragten Einrichtungen und Klinikabteilungen

Um die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den 24 Indikatoren der Interkulturellen Öffnung tiefergehend zu analysieren, wurden die Daten mithilfe der Latenten Klassenanalyse multivariat ausgewertet. Im Ergebnis ließen sich die befragten Einrichtungen und Klinikabteilungen in zwei Gruppen aufteilen.

- Die erste Gruppe besteht aus 39 (58 %) der befragten Einrichtungen, einschließlich der Klinikabteilungen. Sie zeigen bei der Mehrzahl der erfassten Indikatoren (sehr) positive Ergebnisse. Diese Gruppe wurde als „Einrichtungen mit fortgeschrittener Umsetzung der Interkulturellen Öffnung“ bezeichnet. Überrepräsentiert sind hier Beratungseinrichtungen sowie Beratungs- und Versorgungseinrichtungen. Auf einer Skala zwischen eins und zehn bewerteten die Leitungskräfte dieser Einrichtungen den jeweiligen Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung im Durchschnitt mit 7,5.
- In den restlichen 28 (42 %) Einrichtungen wurden Maßnahmen der Interkulturellen Öffnung nur in bestimmten Bereichen und häufig nur „teilweise“ umgesetzt. Positive Tendenzen ließen sich nur feststellen im Hinblick auf: die Vernetzung mit anderen Trägern, Vereinen und Verbänden in Frankfurt am Main; Förderung des Besuchs von Veranstaltungen/Fachtagen zum Thema Interkulturelle Öffnung auf Leitungsebene sowie der Teilnahme der Mitarbeitenden an Fort- und Weiterbildungen zu Interkultureller Öffnung. Großer Nachholbedarf besteht insbesondere in der Öffentlichkeitsarbeit.
- Vor dem Hintergrund der o. g. Erkenntnisse wurde diese Gruppe als „Einrichtungen mit mangelhafter Umsetzung der Interkulturellen Öffnung“ bezeichnet. Es fällt auf, dass Versorgungseinrichtungen mit acht von 10 in dieser Gruppe deutlich überrepräsentiert sind. Den Leitungskräften dieser Einrichtungen sind die Umstände offensichtlich bewusst: Den Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung bewerteten sie im Durchschnitt mit 5,5.

Die Personalstruktur und die Klientel der beiden Gruppen der Einrichtungen unterscheiden sich erheblich voneinander. So sind Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen der ersten Gruppe auf allen Ebenen der Mitarbeitenden (als Leitungs-, Fach- und Honorarkräfte) deutlich häufiger vertreten. Sie können ihre Beratungs- und/oder Versorgungsleistungen bei Verständigungsproblemen in deutscher Sprache im Durchschnitt in mehr Sprachen durchführen als die Mitarbeitenden der Einrichtungen der zweiten Gruppe (fünf bzw. drei Sprachen).

Im Durchschnitt lagen die Anteile der Menschen mit Migrationshintergrund unter den Nutzenden der Angebote der Einrichtungen der ersten Gruppe bei 64 % und in jenen der zweiten Gruppe bei 42 %. Diese Ergebnisse können teilweise dadurch erklärt werden, dass die Einrichtungen der ersten Gruppe deutlich häufiger niedrigschwellige/offene Angebote bereitstellen sowie Angebote, die sich nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten.

Eine differenzierte Analyse der Barrieren und Bedarfe der Einrichtungen hat gezeigt, dass eine der zentralen und statistisch signifikanten Differenzen zwischen den zwei Gruppen in der Wahrnehmung der Interkulturellen Öffnung als Führungsaufgabe besteht. So gaben die Befragten der Einrichtungen der zweiten Gruppe im Durchschnitt deutlich häufiger an, dass sie Interkulturelle Öffnung (aus unterschiedlichen Gründen) nicht als Führungsaufgabe „top-down“ wahrnehmen. Dieser Aspekt wurde im Auswertungsworkshop als Schlüssel auf dem Weg hin zur Interkulturellen Öffnung genannt.

Worauf kommt es in der Praxis wirklich an?

Die am Workshop beteiligten Expertinnen und Experten waren sich einig, dass eine offene Haltung auf der Steuerungs- und Leitungsebenen sowie eine gelebte Interkulturalität in der Praxis die zentralen Voraussetzungen auf dem Weg zur Interkulturellen Öffnung sind. Erachtet die Leitungsebene das Konzept der Interkulturellen Öffnung als wichtig, so muss sie im nächsten Schritt die Zielgruppe der Angebote genau in den Blick nehmen – und mit den Mitarbeitenden über die Angebotsgestaltung sowie die Erreichung bestimmter Zielgruppen offen sprechen.

In Frankfurt am Main haben die am Auswertungsworkshop beteiligten Expertinnen und Experten eine deutliche Veränderung ihrer Klientel im zeitlichen Verlauf festgestellt: Das Publikum ist so international geworden, dass die Erbringung der Leistungen ohne Interkulturelle Öffnung nicht mehr möglich gewesen ist. Sich verändernde Zielgruppen bedeuteten eine Anpassung der Handlungsansätze. Großer Wert wurde auf die Einstellung muttersprachlicher Fachkräfte gelegt, um Angebote in unterschiedlichen Sprachen vorzuhalten.

Weitere Nachholbedarfe sehen die Expertinnen und Experten darin, dass Interkulturelle Öffnung in der Ausbildung der Fachkräfte weiterhin als Inselthema bearbeitet wird bzw. dass eine feste Verankerung des Themas als integraler Bestandteil im Bildungssystem noch nicht gelungen ist.

Inwiefern lässt sich eine positive Entwicklung im zeitlichen Verlauf empirisch nachzeichnen?

Auch wenn die Ergebnisse der vorliegenden Studie nur eine Momentaufnahme abbilden, lässt sich eindeutig erkennen: Im Vergleich zur Situation in den 1990er Jahren wurden im Bereich der Interkulturellen Öffnung der psychosozialen Dienste in Frankfurt am Main deutliche Fortschritte erreicht. Interkulturelle Öffnung ist jedoch ein dynamischer Prozess, der nie abgeschlossen sein kann.

Das Gutachten von Prof. Dr. Stefan Gaitanides aus dem Jahr 1992 wurde herangezogen, um die Entwicklungen des Untersuchungsgegenstands in den letzten 25 Jahren nachzeichnen zu können. Da sowohl die vorliegende Studie als auch das Gutachten keine repräsentativen Ergebnisse liefern und Daten unter Anwendung unterschiedlicher Methoden generiert haben, lässt sich ein Vergleich nur mit vielen Einschränkungen umsetzen.

Dabei lässt sich feststellen, dass Menschen mit Migrationshintergrund die Angebote der psycho-sozialen Dienste in der Regel entsprechend ihres Anteils an der Frankfurter Bevölkerung nutzen. Eine Ausnahme stellt nur die Inanspruchnahme der Angebote der psycho-sozialen Beratung und Versorgung dar: Hier sind Menschen mit Migrationshintergrund mit 73 % deutlich überrepräsentiert. Während Menschen mit Migrationshintergrund als Mitarbeitende in den Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste in den 1990er Jahren kaum vertreten waren, hat heute zumindest jede dritte in diesem Bereich beschäftigte Person Migrationshintergrund. Dabei konnte im Rahmen der vorliegenden Studie ein positiver Zusammenhang zwischen dem Stand der Interkulturellen Öffnung und dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund unter den Mitarbeitenden identifiziert werden.

Im Hinblick auf die Empfehlungen zur Umsetzung der Interkulturellen Öffnung, die Gaitanides (1992) zum Schluss seines Gutachtens formuliert hat, konnten insgesamt positive Tendenzen festgestellt werden. Bei der Vernetzung mit „den lebensweltlichen Beziehungsnetzen und Institutionen der ethnischen Gemeinschaften“ (Gaitanides 1992, S. 52) besteht aber nach wie vor Handlungsbedarf. Die Überprüfung der Umsetzung einer weiteren Empfehlung, und zwar die Förderung der Institutionen der ethnischen Gemeinschaften sowie der kulturellen Weiterentwicklung der Minderheitskulturen, lag außerhalb des Untersuchungsgegenstands der vorliegenden Studie.

Wo steht Frankfurt am Main im Vergleich zu anderen Großstädten in Deutschland?

Diese Frage lässt sich aufgrund von fehlenden vergleichbaren Studien nicht beantworten. Die einzige Studie, die herangezogen werden kann, wurde von Penka et al. (2015) in dem Berliner Bezirk umgesetzt, der den höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund aufwies. Auch hier gilt es, unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Studien zu beachten. Werden diese vernachlässigt und nur auf grobe Tendenzen geachtet, so kann die Situation in Frankfurt am Main zusammenfassend als gut mit weiterem Entwicklungspotenzial beschrieben werden.

So sind zwar zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund auf der Leitungsebene in Frankfurt am Main ebenfalls unterrepräsentiert; der Unterschied ist jedoch deutlich kleiner als in den Berliner Einrichtungen. In Frankfurt am Main gab es nur wenige Einrichtungen, in denen keine Menschen mit Migrationshintergrund tätig waren. In Berlin war dies in der Hälfte der befragten Einrichtungen der Fall. Waren in Berlin Menschen mit Migrationshintergrund als Nutzende der Angebote unterrepräsentiert, so lässt sich dieser Befund für Frankfurt am Main nicht bestätigen. Sowohl in Frankfurter als auch Berliner Einrichtungen werden Dolmetscherdienste selten genutzt; Fort- und Weiterbildungen zum Thema Interkulturelle Öffnung werden hingegen von den Mitarbeitenden der Mehrheit der befragten Einrichtungen besucht. Mit Blick auf die Öffentlichkeitsarbeit lassen sich in der Mainmetropole ähnlich wie in der Hauptstadt Nachholbedarfe feststellen.

Während Penka et al. (2015) zur Schlussfolgerung kamen, dass die Interkulturelle Öffnung in den Berliner Einrichtungen wenig umgesetzt wird, ließ sich für Frankfurt am Main feststellen, dass der Stand der Interkulturellen Öffnung in 58 % der Einrichtungen als „fortgeschritten“ beschrieben werden kann. In den restlichen 42 % ist er „mangelhaft“. In dieser Gruppe der Einrichtungen wird die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung häufig nicht als Führungsaufgabe „top-down“ wahrgenommen. Ebenso achten Führungskräfte bei der Einstellung des Personals wenig bzw. kaum auf die Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund.



7 Literaturverzeichnis

Abels, Ingar/Schouler-Ocak, Meryam (2017): Zusammenfassung: Study on Female Refugees. In: Heinrich Böll Stiftung (Hrsg.): Heimatkunde. Migrationspolitisches Portal. Online abrufbar: <https://heimatkunde.boell.de/2017/08/06/zusammenfassung-study-female-refugees> (letzter Zugriff: 08.01.2018).

AWO – Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Bayern (1990): Modellversuch Psychosoziale Beratung für Ausländer. München: AWO.

Bamler, Vera/Werner, Jillian/Nestmann, Frank (2013): Psychosoziale Beratung: Entwicklungen und Perspektiven. In: Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1(1); S. 79–91.

Baron, Jenny/Flory, Lea (2016): Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 3. aktualisierte Auflage. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF). Berlin: BAFF.

Behrensen, Birgit/Groß, Verena (2004): Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück. Forschungsergebnisse des Teilprojekts „Regionalanalyse“ im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „SPUK“ – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Osnabrück: Equal/Universität Osnabrück.

Bermejo, Isaac/Berger, Mathias/Kriston, Levente/ Härter, Martin (2009a): Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? In: Psychiatrische Praxis 2009; 36(6); S. 279–285.

Bermejo, Isaac/Kriston, Levente/Berger, Mathias/Härter, Martin (2009b): Patients' language proficiency and inpatient depression treatment in Baden-Württemberg (South Germany). In: Psychiatric Services 60(4); S. 545–548.

Bermejo, Isaac/Mayninger, Elena/Kriston, Levente/Härter, Martin (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. In: Psychiatrische Praxis 37(5); S. 225–232.

Böhm, Martin (2013): Ruhsal Sağlık – Psychosoziale Gesundheit für türkische Frauen in Oberösterreich. In: Migration und Soziale Arbeit, 4; S. 313–320.

Charta der Vielfalt e.V. (2018): Unterzeichner_innen. Stadt Frankfurt. Berlin: Charta der Vielfalt e.V. Online abrufbar: <https://www.charta-der-vielfalt.de/unterzeichnen/unterzeichner-innen/zeige/stadt-frankfurt/> (letzter Zugriff: 26.01.2018).

Claassen, Dirk/Ascoli, Micol/Berhe, Tzeggai/Priebe, Stefan (2005): Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. In: European Psychiatry 20(8); S. 540–549.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2012): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland, Nr. 14/13.09.2012. Berlin: DGPPN.

Fathi, Schahnaz (1998): Kurzrecherche zur Psychosozialen Versorgung der Migrantinnen und Migranten in Rheinland-Pfalz und Mainz. Mainz: Interkulturelles Büro zur Gleichstellung von Ausländern und Deutschen Stadt Mainz.

Foroutan, Naika (2012): Neue Deutsche. Postmigranten und Bindungs-Identitäten. Wer gehört zum neuen Deutschland? In: APuZ, 46–47; S. 9–15.

Foroutan, Naika (2013): Hybride Identitäten – Normalisierung, Konfliktfaktor und Ressource in postmigrantischen Gesellschaften. In: Brinkmann, Heinz-Ulrich/Uslucan, Hacı-Halil (Hrsg.): Dabeisein und Dazugehören – Integration in Deutschland, Wiesbaden: VS; S. 85–99.

Gäbel, Ulrike/Ruf, Martina/Schauer, Maggie/Odenwald, Michael/Neuner, Frank (2005): Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung bei Asylbewerbern in Deutschland und Versuch der Erfassung der Störung im Rahmen der Asylverfahrenspraxis. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(1); S. 12–20.

Gaitanides, Stefan (1992): Psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Gutachten im Auftrag des Amtes für Multikulturelle Angelegenheiten. Frankfurt am Main: Stadt Frankfurt am Main.

Gaitanides, Stefan (1996): Stolpersteine auf dem Weg zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste. In: iza – Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, 3–4; S. 42–46.

Gaitanides, Stefan (1999): Zugangsbarrieren von MigrantInnen zu den sozialen und psycho-sozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: iza Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, 3–4; S. 41–45.

Gaitanides, Stefan (2006): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. In: Otto, Hans-Uwe/Schrödter, Mark (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft. Multikulturalismus – Neo-Assimilation – Transnationalität. neue praxis, Sonderheft 8; S. 222–234.

Gavranidou, Maria (2006): Migration in der Krise? Psychologische Krisenmodelle des Migrationsprozesses. In: Suizidprophylaxe 33(4); S. 154–158.

Gavranidou, Maria/Abdallah-Steinkopf, Barbara Abdallah (2007): Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? In: Psychotherapeutenjournal 4; S. 353–361.

Gebhardt, Brite/Tempel, Nicole/Schultz, Annett/Amonn, Jan/Citlak, Banu/Dosch, Erna/Altgeld, Thomas/Strohmeier, Peter/Backes, Gertrud (2013): Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen. ZEFIR-Forschungsbericht Band 2. Bochum: Ruhr Universität Bochum, Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung.

Glaesmer, Heide/Wittig, Ulla/Brähler, Elmar/Martin, Alexander/Mewes, Ricarda/Rief, Winfried (2008): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. In: *Psychiatrische Praxis* 36(1); S. 16–22.

Hentges, Gudrun/Staszczak, Justyna (2010): Geduldet, nicht erwünscht. Auswirkungen der Bleiberechtsregelung auf die Lebenssituation geduldeter Flüchtlinge in Deutschland. Stuttgart: Ibi-dem-Verlag.

Johansson, Susanne (2016): Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs. Berlin: SVR.

Jung, Felicitas (2011): Das Bremer Modell. Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bremen: Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen.

Kirkcaldy, Bruce David/Wittig, Ulla/Furnham, Adrian/Merbach, Martin/Siefen, Rainer Georg (2006): Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49(9); S. 873–883.

Kirsch, Holger/Jost, Hannah (2016): Aspekte interkultureller Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Arbeitspapiere aus der Evangelischen Hochschule Darmstadt, Nr. 23. Darmstadt: Evangelische Hochschule Darmstadt.

Kluge, Ulrike (2011): Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In: Mahleith W., Heinz A. Hrsg. *Praxis der Interkulturellen Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, Urban & Fischer; S. 145–160.

Koch Eckhardt (2000): Zur aktuellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Minoritäten in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage. In: Koch, Eckhardt/Schepker, Renate/Taneli, Suna (Hrsg.): *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. Freiburg: Lambertus; S. 55–67.

Koch, Eckhardt (2005): Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In: Assion, Hans-Jörg (Hrsg.): *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg: Springer; S. 167–186.

Laban, Cornelius J./Gernaat, Hajo B./Komproe, Ivan H./van der Tweel, I./De Jong, Joop T. (2005): Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 193(12); S. 825–832.

Lima Curvello, Tatiana/Pelkhofer-Stamm, Margret (2003): Interkulturelles Wissen und Handeln. Neue Ansätze zur Öffnung sozialer Dienste. Dokumentation des Modellprojektes „Transfer interkultureller Kompetenz“. Berlin: Transfer Interkultureller Kompetenz.

Lindert, Jutta/Brähler, Elmar/Wittig, Ulla/Mielck, Andreas/Priebe, Stefan (2008a): Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58(3/4); S. 109–122.

Lindert, Jutta/Priebe, Stefan/Penka, Simone/Napo, Fatima/Schouler-Ocak, Meryam/Heinz, Andreas (2008b): Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 58(3/4); S. 123–129.

Lindert, Jutta/von Ehrenstein Ondine S./Wehrwein, Aanette/Brähler, Elmar/Schäfer, Ingo (2018): Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 68(1); S. 22–29.

Lujic, Claudia (2008): Krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten türkischer Migranten mit Gesundheitsstörungen: Anregungen zur Optimierung der Versorgung. Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanbiologie des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Gießen: Justus-Liebig-Universität.

Machleidt, Wielant (2002): Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. In: *Der Nervenarzt* 73(12); S. 1208–1209.

Möske, Mike Oliver/Gill-Martinez, Fernanda/Schulz, Holger (2013): Cross-cultural opening in German outpatient mental health care services: an explorative study of structural and procedural aspects. In: *Clinical Psychology & Psychotherapy* 20(5); S. 434–446.

Nader, Andrés/Camara, Miriam (2017): Diversitätsorientierte Organisationsentwicklung. Grundsätze und Qualitätskriterien. Ein Handlungsansatz der RAA Berlin. Regionale Arbeitsstellen für Bildung, Integration und Demokratie (RAA) e.V. Online aufrufbar: <http://raa-berlin.de/wp-content/uploads/2017/07/DO-GRUNDSA-ETZE-RAA-BERLIN.pdf> (letzter Zugriff: 16.08.2018)

Odening, Diana/Jeschke, Karin/Hillenbrand, Dorothee/Möske, Mike-Oliver (2013): Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 45(1); S. 53–73.

Penka, Simone (2016): Die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten und Substitutionsbehandlungen in Berlin sowie stationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland. Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin: Charité.

Penka, Simone/Faißt, Hanna/Vardar, Azra/Borde, Theda/Möske Mike Oliver/Dingoyan, Demet/Schulz, Holger/Koch, Uwe/Kluge, Ulrike/Heinz, Andreas (2015): Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung – Ergebnisse einer Studie in einem inner-städtischen Berliner Bezirk. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 65(9/10); S. 353–362.

Penka Simone/Kluge Ulrike/Vardar Azra/Borde Theda/Ingleby David (2012): The concept of “intercultural opening”: the development of an assessment tool for the appraisal of its current status in the mental health care system. In: *European Psychiatry* 27, Suppl 2; S. 63–69.

Pries, Ludger (2013): Changing Categories and the Bumpy Road to Recognition in Germany. In: Pries, Ludger (Hrsg.): *Shifting Boundaries of Belonging and New Migration Dynamics in Europe and China*. Houndmills: Palgrave; S. 55–85.

Razum, Oliver/Spallek, Jacob (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. In: *focus Migration* Nr. 12/2009.

Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Meemann, Uta/Schenk, Liane/Brededorst, Maren/Brzoska, Patrick/Dercks, Tanja/Glodny, Susanne/Menkhaus, Björn/Salman, Ramazan/Saß, Anke-Christine/Ulrich, Ralf (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Schouler-Ocak, Meryam (2012): Die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem. Habilitationsschrift vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin: Charité.

Schouler-Ocak, Meryam/Bretz, Hans Joachim/Penka Simone/Koch, Eckhardt/Hartkamp, Norbert/Siefen, Rainer Georg/Schepker, Renate/Özek, Memet M./Hauth, Ingeborg/Heinz, Andreas (2008): Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities – A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. In: *European Psychiatry* (23)1, S. 21–27.

Schröer, Hubertus (2007): Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Expertise erstellt im Auftrag von anakonde GbR. München: anakonde.

Sickendiek, Ursel/Engel, Frank/Nestmann, Frank (2008): Beratung. Eine Einführung in sozial-pädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim/München: Beltz.

Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat (2011): Vielfalt bewegt Frankfurt. Integrations- und Diversitätskonzept für Stadt, Politik und Verwaltung. Grundsätze, Ziele, Handlungsfelder. Redaktionell durchgesehene Auflage, 2011. Frankfurt am Main: Magistrat der Stadt Frankfurt am Main.

Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat (2013): Internationalität und Vielfalt sind unsere Chance. Ein 10-Punkte-Plan für unser gemeinsames Handeln. Online abrufbar: http://www.vielfalt-bewegt-frankfurt.de/sites/default/files/medien/downloads/feldmann-eskandari_erklaerung_integration.pdf (letzter Zugriff: 26.01.2018).

Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat (2015): Frankfurter Integrations- und Diversitätsbericht 2011–2014. Interkulturelle Öffnung von Stadt, Politik und Verwaltung. Frankfurt am Main: Magistrat der Stadt Frankfurt am Main.

Stadt Frankfurt am Main – Integrationsdezernat (2017): Frankfurter Integrations- und Diversitätsmonitoring. Partizipation und Lebenslage der Bevölkerung. Frankfurt am Main: Magistrat der Stadt Frankfurt am Main.

Stadt Frankfurt am Main – IKT (2017): Frankfurt.de. Zahlen, Daten, Fakten. Bevölkerung. Online abrufbar: [https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2811&_ffmpar\[_id_inhalt\]=7524](https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2811&_ffmpar[_id_inhalt]=7524) (letzter Zugriff: 26.01.2018).

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Straßburger, Gabi (2009): Sozialraumorientierung interkulturell. Interkulturelle Öffnung und Sozialraumorientierung Hand in Hand. In: *Migration und Soziale Arbeit*, 3/4; S. 229–235.

SVR – Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (2015): Unter Einwanderungsländern: Deutschland im internationalen Vergleich. Jahresgutachten 2015. Berlin: SVR.

SVR – Sachverständigenrat deutscher Stufungen für Integration und Migration (o. J.): Glossar: Interkulturelle Öffnung/Interkulturelle Kompetenz. Online abrufbar: <https://www.svr-migration.de/glossar/> (letzter Zugriff: 03.01.2018).

Tezcan-Güntekin, Hürrem/Breckenamp, Jürgen/Razum, Oliver (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, unter Begleitung des SVR-Forschungsbereichs. Berlin: SVR.

Thöle, Anna-Maria/Penka, Simone/Brähler, Elmar/Heinz, Andreas/Kluge, Ulrike (2017): Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 65(3); S. 145–154.

van Treeck, Bernhard/Bergmann, Frank/Schneider, Frank (2012): Psychosoziale Versorgung. In: Schneider, Frank (Hrsg.) (2012): *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin und Heidelberg; S. 12–28.

Weilandt, Caren/Rommel, Alexander/Raven, Uwe (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit von Migrantinnen in NRW. Enquêtékommision „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.

Will, Anne-Kathrin (2016): Migrationshintergrund im Mikrozensus. Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Informationspapier für den Mediendienst Integration. Berlin: Mediendienst Integration.

Yildirim-Fahlbusch, Yavus (2003): Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100(18); S. 1179–1181.



8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Auswertungsworkshops	25
Abbildung 2:	Rücklaufquoten	26
Abbildung 3:	Befragte Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (ohne Kliniken)	29
Abbildung 4:	Typen der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (ohne Kliniken) in absoluten Zahlen	30
Abbildung 5:	Träger der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (ohne Kliniken)	31
Abbildung 6:	Standorte der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste (ohne Kliniken) in absoluten Zahlen	32
Abbildung 7:	Stadtteile, in denen die befragten Einrichtungen psycho-sozialer Dienste aktiv sind in absoluten Zahlen	33
Abbildung 8:	Personalstruktur der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Beratung	34
Abbildung 9:	Personalstruktur der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Versorgung	35
Abbildung 10:	Personalstruktur der befragten Einrichtungen psycho-sozialer Beratung und Versorgung	36
Abbildung 11:	Herkunftsländer der Menschen mit Migrationshintergrund, die zum Stichtag 1. September 2017 in den befragten Einrichtungen tätig waren	38
Abbildung 12:	Zielgruppen der Angebote, die in den befragten Einrichtungen vorgehalten werden, differenziert nach Altersgruppen in Prozent	40
Abbildung 13:	Niedrigschwellige, präventive und migrantenspezifische Angebote nach Einrichtungsart des psycho-sozialen Dienstes in Prozent	41
Abbildung 14:	Zielgruppen der Angebote, differenziert nach deren spezifischen Merkmalen in absoluten Zahlen	43
Abbildung 15:	Sprachen, die durch das Personal der befragten Einrichtungen bei der Umsetzung von Beratungs- und/oder Versorgungsangeboten genutzt werden können in absoluten Zahlen	44
Abbildung 16:	Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste 2016	46
Abbildung 17:	Herkunftsländer der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste im Jahr 2016	48
Abbildung 18:	Nutzen von verschiedenen Möglichkeiten in den befragten Beratungseinrichtungen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten	50
Abbildung 19:	Nutzen von verschiedenen Möglichkeiten in den befragten Versorgungseinrichtungen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten	51
Abbildung 20:	Nutzen von verschiedenen Möglichkeiten in den befragten Beratungs- und Versorgungseinrichtungen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten	52
Abbildung 21:	Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Alter in Prozent	53
Abbildung 22:	Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Alter und Einrichtungstypen in Prozent	54
Abbildung 23:	Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Geschlecht in Prozent	55
Abbildung 24:	Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Einrichtungen im Jahr 2016 differenziert nach Wohnort und Einrichtungsart in Prozent	56
Abbildung 25:	Personalstruktur in befragten Klinikabteilungen	57

Abbildung 26: Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten der befragten Klinikabteilungen im Jahr 2016	59
Abbildung 27: Beratung und/oder Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung im Jahr 2016	60
Abbildung 28: Beratung und Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung im Jahr 2016	60
Abbildung 29: Häufigkeit der Schwierigkeiten/Probleme, die bei der Beratung und/oder Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung eintreten	62
Abbildung 30: Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Bereich der Organisationsentwicklung	65
Abbildung 31: Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Bereich der Personalentwicklung	66
Abbildung 32: Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Bereich der Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren	67
Abbildung 33: Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit	68
Abbildung 34: Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen im Bereich der Qualitätssicherung	69
Abbildung 35: Bewertung der Befragten, inwiefern die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in eigener Einrichtung gelingt	71
Abbildung 36: Grad der Zufriedenheit der Befragten mit den organisatorischen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Interkulturellen Öffnung in eigener Einrichtung	71
Abbildung 37: Gruppe I: Einrichtungen mit fortgeschrittener Umsetzung der Interkulturellen Öffnung (58%; 39)	75
Abbildung 38: Gruppe II: Einrichtungen mit mangelhafter Umsetzung der Interkulturellen Öffnung (42%; 28)	77
Abbildung 39: Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert nach Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung	78
Abbildung 40: Personalstruktur und Klientinnen und Klienten der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert nach Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung	80
Abbildung 41: Angebote der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert nach Stand der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung	82
Abbildung 42: Barrieren und Bedarfe der Einrichtungen der psycho-sozialen Dienste differenziert nach zwei Gruppen der Umsetzung der Interkulturellen Öffnung	84



AMT FÜR MULTIKULTURELLE
ANGELEGENHEITEN
FRANKFURT AM MAIN

Besuchen Sie uns im Internet:
www.amka.de

Besuchen Sie auch das Integrations-
und Diversitätsportal für
Frankfurt am Main:
www.vielfalt-bewegt-frankfurt.de