

Alltägliche Diskriminierung und seelische Gesundheit



Kooperationsveranstaltung von

- Aachener Verein zur Förderung psychisch Kranker und Behinderter e.V.
- **Anti**Diskriminierungs**B**üro (ADB) Köln
- AWO Kreisverband Bonn/Rhein-Sieg e.V.
- Landschaftsverband Rheinland,
- Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration

Bonn,
10. November 2011

Die Tagung fand statt mit freundlicher Unterstützung der Stadt Bonn

Inhalt

Begrüßung	5
Ligita Werth, Sanata Nacro, Monika Sander	
Grußwort	6
Jürgen Nimptsch Oberbürgermeister der Stadt Bonn	
Grußwort	8
Friedhelm Kitzig	
Psychosoziale Auswirkung von Rassismus / Diskriminierung im Alltag	10
Astride Velho	
Erst mein Mann und jetzt noch die Ausländerbehörde	26
Dr. Nivedita Prasad	
Diskriminierung als traumatisches Erlebnis – Umgang mit Ratsuchenden in der Praxis	37
Marie-Theres Aden-Ugbomah und MBoyo Likafu	
Rassismus und Traumata	41
Eben Louw	
Podiumsdiskussion mit den Referentinnen und Referenten	44
Schlussworte	51
Referentinnen und Referenten	52

Begrüßung

Ligita Werth, Sanata Nacro, Monika Sander

Ligita Werth

Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum

Migration Südliches Rheinland

Ligita Werth begrüßt die Anwesenden und stellt die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM) vor. Des Weiteren stellt sie das Förderprogramm des LVR vor und betont, dass eine der Aufgaben des LVR die Organisation von öffentlichen Fachtagungen ist.

Monika Sander

Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum

Migration Westliches Rheinland

Monika Sander begrüßt alle Anwesenden und stellt sich, ihre Arbeit und die Trägerschaft (Aachener Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter) des SPKoM Westliches Rheinland vor.

Sie wünscht den Referentinnen und Referenten und den Teilnehmenden eine interessante Tagung.

Sanata Nacro

Antidiskriminierungsbüro Öffentlichkeit gegen Gewalt e.V., Köln

Weil das heutige Thema in NRW in Fachkreisen bislang nur ansatzweise diskutiert wurde, möchte ich kurz etwas dazu sagen, wie die Idee zu dieser Fachtagung entstanden ist. Es ist so, dass wir - die Antidiskriminierungsbüros - im Rahmen unserer Beratungspraxis immer wieder feststellen, dass Menschen

durch ihre Erfahrungen mit alltäglicher Diskriminierung – und heute geht es uns vor allem um rassistische Diskriminierung – in ihrer seelischen Gesundheit beeinträchtigt und manchmal sogar traumatisiert sind. Wenn es darum geht, für Ratsuchende entsprechende Angebote zu finden, die sie über unsere Beratung hinaus auffangen können, stoßen wir schnell an unsere Grenzen. So ist es momentan zum Beispiel sehr schwierig, psycho-soziale oder therapeutische Anlaufstellen zu finden, die Rassismus und Diskriminierung als gesellschaftliche Normalitäten begreifen und entsprechend rassistuskritisch arbeiten. Ein Blick in die deutsche Forschungslandschaft ist ähnlich überschaubar. Bis auf wenige Experten, die zum Teil heute auch anwesend sind, wurde bislang wenig dazu geforscht. Dies gesagt, freuen wir uns heute mit Ihnen zu diesem Themenkomplex oder komplexen Thema ins Gespräch zu kommen, um damit den Anstoß für weitere fruchtbare und differenzierte Auseinandersetzungen zu geben.

Moderiert wird diese Tagung auch von einem Mann vom Fach, sein Name ist Sedat Sari, er ist ausgebildeter Psychologe und Psychotherapeut und ist derzeit als Referent und Trainer für das Institut für interkulturelle Öffnung der AWO Mittelrhein tätig.

Vielen Dank und eine interessante Tagung wünsche ich Ihnen!

Grußwort

Jürgen Nimptsch Oberbürgermeister der Stadt Bonn

Sehr geehrte Frau Werth, sehr geehrte Frau Nacro, sehr geehrte Frau Sander, sehr geehrter Herr Kitzig, meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zur heutigen Fachtagung „Alltägliche Diskriminierung und seelische Gesundheit“ im Ratssaal der Stadt Bonn. Ich freue mich, dass diese wichtige Tagung hier in Bonn stattfindet.

Rund sechzehn Millionen Menschen nicht-deutscher Herkunft leben gegenwärtig in Deutschland, davon rund vier Millionen in Nordrhein-Westfalen. Obwohl also rund jeder fünfte Bundesbürger einen Migrationshintergrund hat, wurde die gesundheitliche Lage der Zugewanderten bisher kaum wissenschaftlich untersucht. Insbesondere über die psychische Situation der Migrantinnen und Migranten ist wenig bekannt. Dabei wissen wir, dass die Migration als solche mit vielen Belastungen verbunden ist. Fremdheit, Sprachlosigkeit und Orientierungslosigkeit sind prägende Erfahrungen, die sich physisch und psychisch auswirken. Durch Diskriminierung und Rassismus wird der „biographische Ausnahmezustand“, den Migration immer bedeutet, verlängert. Den betroffenen Menschen wird Wertschätzung und Anerkennung verweigert – also etwas, das die meisten von uns als Normalität im sozialen Miteinander erleben. Es kann uns nicht verwundern, dass Menschen, die benachteiligt, ausgegrenzt oder ungerecht behandelt werden, psychisch und physisch darunter leiden.

Diskriminierung und Rassismus machen krank – gerade dann, wenn sie immer wieder erlebt und erlitten werden. Im letzten Jahr

haben wir die so genannte Sarrazin-Debatte erlebt, die in den Medien und in der Öffentlichkeit hohe Wellen geschlagen hat. Wie empfinden Migranten und Migrantinnen derartige Debatten um das Thema Einwanderung und Integration? Welche psychischen Spuren hinterlassen sie? Was bedeutet alltägliche Diskriminierung für die betroffenen Menschen? Um die Folgen alltäglicher Diskriminierung zu verstehen, müssen wir uns einmal in die Lage der Migrantinnen und Migranten versetzen. Was bedeutet es, eine Wohnung oder eine Arbeitsstelle aufgrund der eigenen Herkunft nicht zu bekommen? Das Gefühl, nicht dazuzugehören und nicht erwünscht zu sein? Die Empfindung, von einer Mehrheit der Gesellschaft abgelehnt zu werden?

Das Thema Diskriminierung und seelische Gesundheit von Migranten ist ohne Zweifel ein wichtiges gesellschaftliches Thema. Trotzdem spielt es in der öffentlichen Diskussion bislang leider kaum eine Rolle. Daher ist es wichtig, die Öffentlichkeit für dieses Thema zu sensibilisieren, allerdings ohne Migranten dabei nur als Opfer zu sehen und eine paternalistische Sichtweise einzunehmen.

Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen: Wer sich diskriminiert fühlt, leidet seelisch und erkrankt schließlich auch daran. Die wahrgenommene und erlebte Diskriminierung hat einen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten und spielt sogar noch eine größere Rolle als etwa Geld oder beruflicher Status. Diese Ergebnisse decken sich auch mit Befunden internationaler Studien. Daher unternimmt die Stadt Bonn viel, um Diskriminierungen im Alltag entgegenzutreten. Zum Beispiel durch die Unterzeichnung der "Char-

ta der Vielfalt“ im Jahr 2008, mit der sich die Stadt Bonn verpflichtet, ein vorurteilsfreies Arbeitsumfeld gegenüber allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu schaffen, unabhängig von Geschlecht, ethnischer Herkunft, Religion, Alter, sexueller Orientierung oder Identität.

Eine weitere Initiative zur Bekämpfung von Benachteiligung, Diskriminierung und Rassismus ist die „Bonner Erklärung gegen Rassismus“, die auf Initiative von Bonner Schülerinnen und Schülern im Jahr 2009 vom Rat der Stadt Bonn beschlossen wurde. Darin bekennt sich die Stadt Bonn, „entschieden gegen Gewalt, Diskriminierung, Ausgrenzung und Rassismus vorzugehen“. So wichtig und richtig diese Erklärungen sind: Selbstverpflichtungen alleine reichen zur Bekämpfung alltäglicher Diskriminierung nicht aus. Entscheidend ist, dass wir unsere Vorsätze auch mit Leben füllen und durch unser eigenes Handeln Vorbild geben! Ein solches Beispiel ist der am 1. Dezember 2011 in Bonn stattfindende „Runde Tisch gegen Diskriminierung“. Aber auch die Arbeit des „Sozialpsy-

chiatrischen Kompetenzzentrums Migration“ des Landschaftsverbands Rheinland, das sich dafür einsetzt, den Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu den sozialpsychiatrischen Versorgungsangeboten in der Region zu verbessern, leistet damit einen Beitrag, um die vorhandenen Angebote besser auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten anzupassen. Hierfür gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrums ebenso wie allen Vereinen, Organisationen und Initiativen, die sich im Bereich der Migrationsarbeit engagieren, mein herzliches Dankeschön! Ich hoffe, dass die heutige Fachtagung einen Beitrag dazu leistet, nicht nur zu verstehen, wie sich Diskriminierung und Rassismus auf Gesundheit und Lebensrealität von Menschen in unserem Lande auswirken, sondern Formen der alltäglichen Diskriminierung – wo immer möglich – wirksam zu bekämpfen.

Ich danke Ihnen für Ihr Engagement und wünsche Ihnen eine erfolgreiche Tagung.

Grußwort

Friedhelm Kitzig

Meine Damen und Herren,

ich möchte Sie sehr herzlich im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) zu unserer Fachtagung „Alltägliche Diskriminierung und seelische Gesundheit“ begrüßen.

Die Auseinandersetzung mit Menschen, die aus einer anderen Kultur abstammen, ist immer auch eine Auseinandersetzung mit erlebter Fremdheit.

Psychiatrie ist – oder sollte es wenigstens sein – eine höchst individuelle Hilfe. Wir benutzen seit einigen Jahren zur Bekräftigung dieses individuellen Anspruchs den Begriff des „Personen-zentrierten Ansatzes“. Unser Thema ist ein Spezialfall des personenzentrierten Ansatzes.

Zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten fördert der Landschaftsverband Rheinland schon seit vielen Jahren Maßnahmen sowohl in den LVR-Kliniken als auch in der gemeindepsychiatrischen Versorgung durch den Einsatz von freiwilligen finanziellen Mitteln, dies unterstützt durch die eigene Sozial- und Kulturstiftung. Damit sollen die besonderen Voraussetzungen und Bedarfe für eine wirkungsvolle Behandlung und Versorgung der psychisch kranken Flüchtlinge finanziert werden.

Der in der Psychiatrie unverzichtbaren Einbeziehung der Migrationsgeschichte vieler unserer Patientinnen und Patienten begegnen wir im LVR-Klinikverbund u. a. dadurch, dass es Integrationsbeauftragte gibt. Diese sorgen dafür, dass die Anliegen und Besonderheiten psychisch kranker Migrantinnen und Migranten im Bereich der klinischen Behandlung beachtet werden. Zudem gibt es in den LVR-Kliniken, je nach den regionalen Notwendigkeiten, Angebote für bestimmte

Migrantengruppen, zum Beispiel türkisch- oder russischsprachige Ambulanzsprechstunden oder muttersprachliche Psychotherapiegruppen. Außerdem haben die LVR-Kliniken spezielle Behandlungsangebote bei Traumastörungen.

Im außerklinischen Bereich fördern wir seit über 10 Jahren die „Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM), die die Leistungsanbieter in ihrer jeweiligen Versorgungsregion darin unterstützen, ihre Angebote interkulturell zu öffnen und kultursensibel zu gestalten. Aktuell gibt es fünf SPKoM, die in den Regionen Köln, Duisburg/Niederrhein, Bergisches Land, südliches Rheinland und westliches Rheinland tätig sind. Und können wir uns damit zufrieden zurücklehnen? Nein, denn wir müssen immer wieder erkennen, dass in der alltäglichen Praxis die Aufmerksamkeit für die spezifischen Lebenslagen und Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund ständig wach gehalten werden muss, dass die Barrieren des Nicht-Verstehens und manchmal auch des Nicht-Verstehen-Wollens dazu führt, dass notwendige Hilfen nicht angeboten und gegeben werden, aber auch, dass die Rollläden der Überforderung herunterknallen.

Wir arbeiten an der Verbesserung der Versorgung, der Integration von Migrantinnen und Migranten in die psychiatrische Versorgung, aber wir sollten dies sicher nicht mit dem Ziel tun, ein neues Spezialistentum zu fördern oder gar Spezialangeboten für die verschiedenen ethno-kulturellen Gruppen aufzubauen. Uns geht es vielmehr darum, spezifische Benachteiligungen zu erkennen und zu überwinden.

Daher verfolgen wir mit der Diskussion über die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten auch das allgemeinere Ziel, die Psychiatrie für alle Menschen hilfreicher und verträglicher zu gestalten.

Rassismus sollte als soziale Exklusion begriffen werden, als bundesdeutsch hergestelltes Hindernis, Teil der Gesellschaft zu sein. Diskriminierungserfahrungen werden dabei als soziale Benachteiligungen gesehen.

Die internationalen Studien zur (rassistischen) Diskriminierung zeigen auf, dass traumatische Reaktionen nicht notwendigerweise auf physische Gewalt oder Bedrohung allein zurückgehen müssen, sondern auch aus rassistisch begründeten emotionalen Verletzungen hervorgehen können, z.B. durch Herabwürdigungen oder institutionelle Diskriminierung.

Und das ist wahrscheinlich zugleich auch ein Thema dieser Veranstaltung:

Alltägliche Diskriminierung vollzieht sich nicht unter den Blitzen eines Katastrophenereignisses, geschieht häufig beiläufig, im Vorbeigehen, bagatellisiert oder auch unbemerkt und entfaltet dennoch, wie oben beschrieben, eine Wirkung der permanenten Nadelstiche bei ihren Opfern.

Die Europaratkommission gegen Rassismus und Intoleranz (ECRI), der Antirassismus-Ausschuss der Vereinten Nationen (CERD) sowie der UN-Sonderberichterstatter gegen Rassismus im UN-Menschenrechtsrat bean-

standen in ihren seit 2008 veröffentlichten neuesten Deutschlandberichten das mangelnde Vorgehen des Staates gegen Rassismus. Sie beziehen sich dabei nicht nur auf den alltäglichen sondern ebenso auf den institutionellen Rassismus im sozialen Umfeld, in der Arbeitswelt, im Erziehungswesen und in der Rechtsprechung.

Die in der Regel unzureichend ausgestatteten Antidiskriminierungsstellen in einigen Städten der Bundesrepublik wie

- AMIGRA, die Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund der Stadt München;
 - AntiDiskriminierungsbüro (ADB) Köln
- versuchen nicht nur, die Diskriminierung aufzudecken und ins Bewusstsein zu bringen, sondern bieten den Opfern auch konkrete Hilfen der Bewältigung und des Widerstandes an.

Meine Damen und Herren, ich wünsche dieser Tagung den Erfolg, die Sensibilisierung und Förderung eines Bewusstseins auch und gerade in den Sozial- und Heilberufen, dass die Frage nach dem Recht von Menschen, die Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen machen, auf Würde, Gesundheit, Zugang und Partizipation an allem, was die Gesellschaft zu bieten hat, in der Aufmerksamkeit des Alltäglichen wach bleibt.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Psychosoziale Auswirkung von Rassismus / Diskriminierung im Alltag

Astride Velho

In der Bundesrepublik leben rund fünfzehn Millionen Menschen, die als „mit Migrationshintergrund“ erfasst sind, etwa die Hälfte besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (Mecheril 2010, 8). Dazu kommen schätzungsweise über eine Million Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Melter 2006, 90).

Im Leben und Befinden vieler Millionen (auch wenn wir z.B. Migranten und Migrantinnen aus Österreich vernachlässigen) spielt die Erfahrung von alltäglicher rassistischer Diskriminierung eine Rolle.

Nachdem ich die Ehre habe, heute den ersten Vortrag halten zu dürfen, möchte ich nicht nur über die Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf das Befinden und die Subjektivität der zu den „Anderen“ gemachten sprechen, sondern ebenso anfangs versuchen den Blick dafür zu schärfen, um welche Erfahrungen es sich handeln könnte, wenn wir über rassistische Diskriminierung sprechen.

Auf Grundlage dieser Ausführungen möchte ich dann abschließend auch auf Implikationen für die berufliche Praxis eingehen.

Forschung

Die meisten (vorwiegend quantitativen) international vorliegenden Studien, die sich auf erlebte rassistische Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Minderheitenangehörigen in westlichen Staaten beziehen, berichten von Effekten auf die körperliche und psychische Gesundheit (vgl. auch Igel et al. 2010), auf Selbstwert und Verhalten und von Prozessen der Internalisierung, Traumatisierung und Bewältigung, von Diskriminierungserfahrungen als Stressor (ebd.; Kircaldy et al. 2006) sowie von Auswirkungen auf Bildungs-

erfolg, Familienbeziehungen, Sozialisation und Identität. Die Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf das psychische Wohlbefinden können auch Resultat der mit der Diskriminierung verbundenen ökonomischen und sozialen Benachteiligung und inadäquater medizinischer Versorgung sein (vgl. Igel et al. 2010; McKenzie 2006).

Mittlerweile gibt es in der Bundesrepublik regere Forschungstätigkeiten zu Migration und Gesundheit. Der Umfang analytisch-ursachenorientierter Forschung bleibt leider gering (vgl. Zeeb & Razum 2006). Diskriminierungserfahrungen werden im Gegensatz zu den Folgen von Migrationsprozessen und kulturellen Differenzenerfahrungen als Variablen häufig nicht in die Forschung miteinbezogen.

Einzelne Forschungsergebnisse geben uns aber eine Ahnung davon, in welcher gravierenden Weise sich Erfahrungen von Diskriminierung und Rassismus auch in der Bundesrepublik auf die Gesundheit und Lebensrealität auswirken können, wie auch davon, welcher Bedarf an Forschung besteht und wie sehr die berufliche Praxis zu reflektieren und weiter zu entwickeln ist:

So ermittelten Igel et al. (2010) auf Grundlage einer Stichprobe aus einer repräsentativen bundesdeutschen Haushaltsbefragung, dass die befragten 1844 Migrantinnen und Migranten mit Diskriminierungserfahrungen von einer signifikant schlechteren psychischen und körperlichen Gesundheit berichteten. Die Forscherinnen und Forscher folgern, dass Diskriminierungserfahrungen ein unabhängiger Prädiktor für die subjektive Gesundheit sind, aber die Relevanz nach Herkunft und

Geschlecht variiert. Diese Erfahrungen sollten als psychosoziale Belastung für Migrantinnen und Migranten anerkannt werden.

Bei von Haasen und Yagdiran (2000) werden u. a. Stigmatisierung, gesellschaftliche Ablehnung und Ausländerfeindlichkeit als Stressoren für Migrantinnen und Migranten benannt. Bermejo et al. (2010) führten 2010 eine Reanalyse des Zusatzmoduls psychische Störungen des Bundesgesundheitsurvey 1998/1999 durch. Migrantinnen und Migranten litten im Vergleich zu Deutschen häufiger an psychischen Störungen.

Die Prävalenzraten bei affektiven Störungen, wie Depressionen, und somatoformen Störungen, wie Müdigkeit, Erschöpfung und körperliche Beschwerden waren ohne erkennbare Ursache signifikant höher.

Die Autorinnen und Autoren verweisen darauf, dass die gefundenen Unterschiede zwischen Deutschen und Migrantinnen und Migranten weniger auf den direkten Einfluss der Migration auf die Entwicklung psychischer Störungen hindeuten, als vielmehr auf ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren wie migrationsbezogene und kulturelle Hintergründe, psychosoziale Belastungen (wie Anpassungsdruck und prekäre Lebensverhältnisse) und stressrelevante Migrationsfolgen. Um dies zu spezifizieren wären weitere Untersuchungen dringend angezeigt.

Doch was sind Rassismuserfahrungen eigentlich?

Rassismus fußt auf der machtvollen Unterscheidung zwischen einem „wir“, dem man oder frau ungefragt zugehörig ist und „den Anderen“. Und dieses Wissen über die Anderen legitimiert wiederum rassistische Praxen. In der Konstruktion von und Abgrenzung zu den beispielsweise „unzivilisierten, barbarischen oder exotischen Anderen“ wird das

eigene hegemoniale „Ich“ als Mehrheitszugehörige spürbar und das Selbst konstituiert sich u. a. in dieser Dynamik. Der britische Theoretiker der Cultural Studies, Stuart Hall (1999, 93), formulierte dies einmal so: Die weißen Engländer sind nicht deshalb rassistisch, weil sie die Schwarzen hassen, sondern weil sie ohne die Schwarzen nicht wüssten, wer sie selber sind.

Dieser Prozess, der Subjektpositionen offeriert und zuweist, wird in den postcolonial Studies z. B. von Gayatri C. Spivak (1984) als Othering¹ beschrieben.

Rassistische Diskriminierung ist nicht im Besonderen das Werk ungebildeter oder gar arbeitsloser Menschen. Rassistische Unterscheidung ist für die hiesige Gesellschaft seit der Aufklärung konstitutiv. Rassismus dient seit dem Kolonialismus als Legitimation von Ausbeutung, Unterdrückung und Gewalt.

Die als rassistisch markierten fremden Anderen, Nichtdazugehörigen werden anhand willkürlich gewählter körperlicher oder sozialer Merkmale als solche benannt und somit gesellschaftlich konstruiert und aus dem Kollektiv der Mehrheitsgesellschaft herausgeschrieben. Zugehörigkeit wird verweigert.

Rassismuserfahrungen sind ambivalente und heterogene Erfahrungen.

Sie reichen von Exotisierung bis Mord, von sozialer Exklusion bis hin zur Abschiebung. Rassismen sind nicht etwa eine bloße Vereinfachung und falsche Repräsentation der zu den Anderen gemachten, sondern sie basieren auf Herrschaft, Lust und Abwehr (Bhabha 1994, 75).

¹ Siehe dazu: Thomas-Olalde, O. und Velho, A. (2011), Literaturliste: Othering and its effects – Exploring the concept, in: *Writing Postcolonial Histories of Intercultural Education*, eds. Heike Niedrig / Christian Ydesen (Peter Lang Verlag, August 2011).

Diskriminierende und kulturalisierende Unterscheidungen und Zuschreibungen haben in der aktuellen Bundesrepublik nicht immer einen offen aggressiven Ton.

Sie können sich in individuellen Begegnungen als interessierte Frage oder als sog. Kompliment zeigen oder implizite Geringschätzungen beinhalten und so eine sehr subtile Wirkung entfalten.

Offener Rassismus hingegen würdigt herab, ist ein Angriff auf den oder die Andere(n), der, verbal oder tötlich, die Botschaft von Minderwertigkeit und Nichtdazugehörigkeit direkt vermittelt (vgl. Mecheril 1994, 59f.).

Rassistische Diskriminierung kann sich unter anderem durch den verwehrten oder erschweren Zugang zu sozialen Ressourcen wie Bildung und Gesundheitsversorgung, zu adäquaten Arbeits- und Wohnmöglichkeiten und zu gesichertem Aufenthalt bzw. zur deutschen Staatsbürgerschaft zeigen – Entrechtung, Verarmung, soziale Isolation, prekäre und permanent unsichere Lebensumstände können die Folgen sein.

Rassismus in der Bundesrepublik zu erfahren heißt auch durch Fragen wie „Woher kommen Sie?“, „Wann gehst Du wieder zurück in die Heimat?“ oder „Sie sprechen aber gut Deutsch!“ alltäglich zu erfahren, dass der vorgesehene Platz außerhalb der Gesellschaft ist. Es bedeutet individuelle Alltagsrassismen, Herabwürdigungen wie Exotisierungen zu erleben, beispielsweise per Religionszuordnung als rückständiger Patriarch, potentieller Terrorist oder unterdrückte Frau zu gelten, oder per Herkunftsdiagnose als besonders attraktiv, erotisch oder musikalisch zu erscheinen. Es bedeutet für Flüchtlinge zwangsweise, in menschenunwürdigen Lagern von Essenspaketen und in der Angst vor Ausweisung leben zu müssen.

Rassismus hat mörderische Dimensionen, denn die rechte Gewalt im wiedervereinigten Deutschland forderte bisher 143 Todesopfer (Amadeu Antonio Stiftung 2009) und beileibe nicht jeder Gewaltakt wurde adäquat juristisch verfolgt.

Es bedeutet in Form von Antisemitismus oder Antiziganismus alltägliche Diskriminierung zu erfahren, als Fremde zu gelten, obgleich Juden/Jüdinnen und Sinti und Roma seit Jahrhunderten Teil der Gesellschaft sind.

Rassismus ist auch ein europäisches Grenzregime, das das Mittelmeer in ein Massengrab verwandelt hat, sowie eine Ausweisungs- und Abschiebep Praxis, die sogar vor Jugendlichen nicht halt macht, die ihre Kindheit in diesem Land verbracht haben, um einige Beispiele zu nennen.

„Ideologisch gehört der gegenwärtige Rassismus, (...) in den Zusammenhang eines „Rassismus ohne Rassen“ (...), eines Rassismus, dessen vorherrschendes Thema nicht mehr die biologische Vererbung, sondern die Unaufhebbarkeit der kulturellen Differenzen ist; eines Rassismus, durch den die „Schädlichkeit jeder Grenzverwischung und die Unvereinbarkeit der Lebeweisen und Traditionen behauptet wird“ (Balibar 1990, 28).

Astrid Messerschmidt (2010) führt aus, dass in der postnationalsozialistischen Bundesrepublik „die dem Rassediskurs eigenen Eindeutigkeits- und Überlegenheitsbehauptungen“ auf den Kulturbegriff übergangen, „weil das Denken in Kategorien der 'Rasse' zwar offiziell vermieden wird, aber im Alltagsverständnis lebendig und von dem historischen Bruch 1945 mehr oder weniger unberührt geblieben ist“.

Diese Zitate geben Hinweise darauf, auf welches Glatteis wir uns begeben, wenn wir in unserer Arbeit in den Sozial- und Heilberufen alleinig das Thema der kulturellen Differenzen in den Vordergrund rücken und die gesell-

schaftlichen Dimensionen von Macht, die die Lebensbedingungen und die Befindlichkeit unserer Klientinnen und Klienten als auch unser Arbeitssetting mitprägen, außen vor lassen.

Die Normalität des Othering schafft und klassifiziert erst die, die als anormal gelten. Das im Kontext von Rassismuserfahrungen zum/ zur Anderen gemacht werden produziert beständige Sichtbarkeit, während die, die diese migrantisierten Anderen erst herstellen, unmarkiert bleiben.

Diese gesellschaftlich legitimierten und individuell, institutionell, strukturell und medial verübten Taten gelten zumeist nicht als Ungerechtigkeiten oder Diskriminierungs- oder Gewaltakte, sondern als unhinterfragte Normalität, als natürlich bedingte Realitäten, die legitimer Weise ausgesprochen, in Gesetze gegossen oder in Handlungspraxen umgesetzt werden. Im Gegensatz zu manch anderen Differenzverhältnissen oder gewaltvollen Praxen wird über Rassismus als der Gesellschaft immanentes Macht- und Gewaltverhältnis in der Bundesrepublik nur mancherorts zaghaft gesprochen – so auch kaum geforscht, und dessen Relevanz in der beruflichen Praxis häufig ausgeklammert. Ein Schweigen, das gravierende Konsequenzen für die Betroffenen hat. Schweigen löst Zweifel an der eigenen Wahrnehmung aus (vgl. Mecheril 1994, 61): Es fördert die Abwehr der durch Rassismuserfahrungen ausgelösten Emotionen, die Bagatellisierung der erlittenen Gewalt und von Rassismus im Allgemeinen.

Das Schweigen des sozialen Umfelds verstärkt emotionale Reaktionen wie Wut, Entsetzen, Hass, Verbitterung, Verzweiflung, Einsamkeit, Misstrauen, Hilflosigkeit, gerin-

gen Selbstwert und Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Unsicherheit, Schreckhaftigkeit, Angst und Scham. Emotionale Reaktionen, die ohnehin auf Rassismuserfahrungen folgen können: Emotionen, die Personen angreifbar machen und wiederum als Legitimation für neue Diskriminierungen dienen können.

Psychosoziale, therapeutische, psychiatrische und medizinische Versorgungsangebote können ihre Wirkung verfehlen, wenn Rassismuserfahrungen als zentrale Aspekte der Lebenserfahrungen der Klienten und Klientinnen ausgeklammert bleiben, Lebenserfahrungen, die einerseits soziale Exklusion zur Folge haben und die Gesundheit gefährden und belasten, aber gleichzeitig auch konstitutiv für die Subjektivität und somit Kompetenz der Einzelnen sind.

Die Normalität der Rassismuserfahrungen stellt Lebensbedingungen her, die als prekär und potentiell krisenhaft bezeichnet werden können, auch wenn viele handlungs- und widerstandsfähig bleiben.

Da unsere Auseinandersetzungen hier noch in den Babysocken stecken, erscheint es mir angemessen, zunächst Analysefährt zu folgen, die die Auswirkungen von Rassismuserfahrungen nicht vorwiegend als individuelle Pathologien thematisieren. Das würde die Betroffenen einer erneuten Sichtbarmachung unterwerfen, während die Wirkmächtigkeit und Gewalt der bundesdeutschen rassistischen Normalität unsichtbar bliebe.

Rassismus als Trauma

In meinen Recherchen bin ich darauf gestoßen, dass Rassismuserfahrungen in der US-amerikanischen Forschung u. a. als traumatische Erfahrungen diskutiert werden:

Prof. Robert Carter (2007) von der Columbia University beschreibt in einer US-

amerikanischen Metastudie zu Rassismuserfahrungen, dass Traumatisierung durch einen Vorfall entstehen kann, doch zumeist ein Prozess ist, in dem ein weiteres Ereignis den Stresslevel so anhebt, dass die Grenze zum Trauma überschritten wird.

Diese Beschreibung lässt Analogien zu der Definition des kumulativen Traumas von Masud Khan, das Fischer und Riedesser (1998, 124) in ihrem Lehrbuch zu Psychotraumatologie aufgegriffen haben, zu: Kumulatives Trauma, als „eine Abfolge von traumatischen Ereignissen oder Umständen, die jedes für sich subliminal bleiben können, in ihrer zeitlichen Abfolge und Häufung jedoch die restitutiven Kräfte des Ich so sehr schwächen, dass insgesamt eine oft sogar schwertraumatische Verlaufsgestalt entsteht. Immer von neuem wird die „Erholungsphase“ unterbrochen. Die ständige Wiederholung durchbricht die Abwehrbarriere und hinterlässt tiefe Spuren im Persönlichkeitssystem“ (ebd.).

Bryant-Davis/Ocampo (2005) ziehen in ihrer Studie Parallelen zwischen anerkannten Traumata, z. B. durch Vergewaltigung oder häusliche Gewalt, und multiplen Formen rassistischer Übergriffe. Carter (2007) beschreibt, dass Rassismuserfahrungen als kritische Lebensereignisse wirken können und traumatischen Stress verursachen. In diesem Zusammenhang sieht er auch die allgemein in der US-amerikanischen Forschung bei People of Color ermittelte überdurchschnittliche Häufigkeit von Symptomen, die mit denen der Posttraumatischen Belastungsstörung identisch sind.

Die Berliner Psychologin Grada Kilomba legt dar, dass Rassismus selten als traumatisch wahrgenommen und benannt wird, und wer-

tet dies als Symptom dafür, dass die Geschichte der rassistischen Unterdrückung und deren psychologische Auswirkungen innerhalb des westlichen Diskurses bisher vernachlässigt wurden (Ferreira 2004, 173f.). Sie weist darauf hin, dass Frantz Fanon – ein Psychiater aus Martinique, der als einer der ersten in den fünfziger Jahren Analysen dieser Art vornahm – uns daran erinnern wollte, dass das Trauma des Schwarzen Subjekts in dem absoluten Anders-Sein in Relation zum weißen Subjekt liegt (Kilomba 2007, 98): „Schon sezieren mich die weißen, die einzig wahren Blicke. Ich bin *fixiert*. (...) Ich bin verraten. Ich fühle, ich sehe in diesen weißen Blicken, dass nicht ein neuer Mensch Einzug erhält, sondern ein neuer Typus von Mensch, eine neue Gattung.“ (Fanon 1980, 76).

Sicher gilt das Gros der Rassismuserfahrungen nach den allgemeinüblichen Diagnosekriterien von DSM IV und ICD 10, außer tätlicher Gewalt und Abschiebung in Foltererrände o. ä., nicht als traumatisierendes Ereignis. Fischer und Riedesser gehen in ihrer Traumadefinition aber über die engen Kriterien hinaus (1998, 84 & 355) und eröffnen hiermit Anknüpfungspunkte im Kontext von Rassismuserfahrungen: Die zentrale subjektive Bedeutung, die eine traumatische Situation für die betroffene Persönlichkeit annimmt, der kritische pathogenetische Moment „besteht hier weniger in der objektiven Intensität der traumatischen Faktoren als in deren qualitativer Eigenheit, die sich entweder an ein schon bestehendes Traumaschema anschließt oder zentrale Momente eines Lebensentwurfs oder auch erworbene Trauma kompensatorische Strategien jäh in Frage stellt“ (ebd., 84).

Der Sozialpsychologe David Becker (2002, 68 f.) führt aus, dass wir mit Trauma einerseits

einen klinischen Begriff haben, „der wichtig ist und der uns zeigt, dass individuelles Leid und soziales Leid miteinander verknüpft sein können“, aber dieser Begriff sei an den Rändern unscharf. Er schlägt vor „zwischen Trauma als individuelles Phänomen, traumatischen Situationen als soziales Phänomen und den Symptomen (die wiederum ein individuelles Phänomen sind)“ zu unterscheiden. Außerdem fordert er dazu auf anzuerkennen, „dass bei einer bestimmten Art der Traumatisierung das wesentliche Thema die gesellschaftlichen Machtverhältnisse“ sind. Becker schlägt vor die Ambivalenz zwischen einer klinischen Perspektive, die sich auf die Schwere der psychischen Prozesse einlässt und einer politischen und sozialen, die die Wirkmächtigkeit von Machtverhältnissen thematisiert, auszuhalten.

Wenn wir Alltagsrassismus und Diskriminierung in der Bundesrepublik, nun Becker und anderen folgend, als alltäglich macht- und gewaltvolle soziale Phänomene bezeichnen, die auf Individuen traumatisierend wirken können, möchte ich den Blick wieder auf die zu den Anderen gemachten wenden.

Allerdings möchte ich den Gebrauch des Traumabegriffs nicht weiter inflationieren (vgl. Becker und Joas 2007). Es geht nicht darum alle, die Rassismuserfahrungen machen, zu Traumatisierten zu erklären, denn das sind sie beileibe nicht, da viele Personen enorme Bewältigungskapazitäten, Ressourcen und Widerstandspotentiale besitzen. Trotzdem ist es wichtig ein Bewusstsein und eine Sprache für die Verletzungen zu finden, die Rassismen in der Bundesrepublik bei nicht allzu kleinen Teilen der Bevölkerung verursachen. Auch um weitere Diskriminierungen durch psychosoziale Praxis zu verhindern. Wir aus den Sozial- und Heilberufen sind im Sin-

ne des Präventionsgedanken aufgefordert hier zu intervenieren, bevor es zu traumatischen Dynamiken kommt bzw. denen, die auf Grund der Verhältnisse krank geworden sind oder parteiliche Unterstützung benötigen, soziale Ressourcen zur Verfügung zu stellen und ihnen beizustehen.

Schmerz

Kein Gehör für die gewaltvollen Erfahrungen zu finden, kann die „Veräußerung der Verwundung durch Rassismus“ (ebd.), wie es Grada Kilomba (Ferreira 2004, 177f.) formuliert, zur Folge haben. „Der Schmerz wird nach „außen“ verschoben und über den Körper ausgedrückt“ (ebd.), da es keine Worte gibt den Schmerz zu beschreiben.

Schmerz unbekannter Genese ist ein Symptom, das in Studien über den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund, wir könnten auch sagen mit potentielllem Diskriminierungserfahrungshintergrund häufig ermittelt wird.

Ich fühle mich hieran erinnert, dass Migrantinnen und Migranten der sog. ersten Generation von Mediziner:innen ein „Bosporussyndrom“ nachgesagt wurde, da sie über nicht diagnostizierbare Schmerzen klagen. Die verständnisvolle Erklärung für solche Phänomene, wenn sie nicht als Einbildung oder Hysterie abgetan werden, sind kulturspezifische Phänomene, wie Krankheiten oder Probleme wahrgenommen oder ausgedrückt werden, und hier gibt es sicherlich Differenzen unter Menschen. Der mögliche Zusammenhang zu diskriminierenden, marginalisierenden und exkludierenden Lebensumständen in der BRD, für die keine Sprache existiert, wird ausgeblendet und gelehnet.

Beziehungstrauma

Eine traumatische Situation wird komplexer, wenn der Täter zugleich eine enge Beziehung zu dem Opfer hat. Fischer und Riedesser verwenden für diesen Fall den Begriff des „Beziehungstraumas“ (1998, 125, 340). Viele Beziehungstraumata sind durch ihren Wiederholungscharakter dem Typus der kumulativen Traumaentstehung zuzurechnen (ebd., 124). Traumata werden hier oft durch enge Bindungspersonen hervorgerufen, die eigentlich Sicherheit und Schutz bieten sollten. Opfer geraten in die paradoxe Situation Hilfe und Schutz bei den sie traumatisierenden Personen suchen zu müssen. Konstellationen, in denen Menschen in großer Abhängigkeit von der den Rassismus und/oder andere Gewalt ausübenden Person stehen, können Gefühle von Hilf- und Schutzlosigkeit und tief greifende traumatische Erfahrungen begünstigen. So sind beispielsweise Frauen aber auch Männer, die sich auf Grund ihres Aufenthaltsstatus und ökonomischer und Bildungs-Benachteiligung in Abhängigkeit von einem z.B. psychisch gewalttätigen Partner oder Partnerin befinden, Kinder und Jugendliche, die bei Mehrheitsangehörigen aufwachsen, wie z.B. ein afro-deutsches Kind bei einer weißen Mutter, ein aus Asien adoptiertes Kind in einer weißen Familie oder ein migrantischer Jugendlicher, dessen Aufenthalt von seinem deutschen Stiefvater abhängig ist (vgl. Prasad 2009), besonders gefährdet.

Aber auch Klientinnen und Klienten verschiedenen Alters, die in prekären Lebensumständen auf Hilfe und Unterstützung pädagogischer, psychosozialer, psychiatrischer oder medizinischer Einrichtungen angewiesen sind, können als potentiell vulnerabel bezeichnet werden. Im Besonderen dann, wenn sie sich in intensiven Betreuungsbeziehungen oder

psychotherapeutischen Verhältnissen befinden, in denen rassistische und auch andere Machtverhältnisse eine Rolle spielen, z. B. da Erfahrungen von Rassismus negiert und abgewehrt oder gar reproduziert werden.

Langfristige kumulative Beziehungstraumata nehmen bisweilen die Form von Double-Bind-Situationen an (Fischer/Riedesser 1998, 125). Da den rassistischen Zuschreibungen ohnehin auf Grund ihres Dualismus (von z. B. Exotisierung und Verachtung) Doppelbödigkeit und Ambivalenz inhärent sind, liegt es nahe, dass gerade in engen Beziehungen eine kumulative Traumatisierung stattfinden kann. Zum Beziehungstrauma kommt hier ein Orientierungstrauma hinzu, da das Vertrauen in die eigenen Kognitionen untergraben wird (ebd.).

Welche Traumadynamiken können beispielsweise entstehen?

Betroffene Personen verlieren die Fähigkeit „zwischen nützlichen und schädlichen Beziehungsangeboten zu unterscheiden und gleichzeitig noch die Grenzziehung zwischen Selbst und Außen“ vorzunehmen (ebd.). Eine Invasion des Täters in das Selbst des Opfers, eine traumabedingte Subjekt-Objekt-Verschmelzung findet statt, die entweder zu einer Selbstaufgabe zugunsten des Täters führen kann oder Fähigkeiten erfordert, die verletzte Integrität des Selbst wiederherzustellen (ebd., 294).

In Beziehungstraumata ist die traumatisch bedingte Orientierungsstörung äußerst nachhaltig, da das Urvertrauen in die Zuverlässigkeit sozialer Beziehungen und das Selbstvertrauen generell erschüttert werden können (Fischer/Riedesser 1998, 125).

Die aus traumatologischer Sicht beschriebene Beschäftigung und partielle Identifizierung mit dem Täter/der Täterin, „die Spuren des Täters im Opfer“, können als „komplexes

Beziehungsgeschehen analysiert werden“ (Kühner 2008, 50) und geben uns Hinweise darauf, wie Subjektivierungsprozesse im Kontext von Rassismuserfahrungen oder anderen Machtverhältnissen beschreibbar werden, wenn wir sie aus der Perspektive einer Traumadynamik betrachten.

Subjektivierung²

Die Auswirkungen der Erfahrungen auf das Selbstverständnis der Kolonisierten kommentierte Frantz Fanon (1980, 120) selbstreflexiv als unausweichlich:

„Nichts zu machen: Ich bin ein Weißer. Und unbewusst misstraue ich allem, was schwarz in mir ist, also der Totalität meines Seins“. Hiermit macht Fanon Widersprüche deutlich, die in der Internalisierung des Selbst als Anderes im Zuge von Othering-Erfahrungen liegen.

Die von Stuart Hall (1994, 20 & 135) beschriebene Internalisierung des Selbst als Anderes im Kontext von Rassismuserfahrungen kennzeichnet allgemein gesprochen den Prozess der Internalisierung, „innerhalb dessen Elemente oder Relationen der äußeren Welt im Binnenraum eines Organismus aufgenommen werden. Auf psychologisch erfassbarer Stufe geht es dabei um deren mentale Repräsentierung in einem seelischen Binnenraum“ (Seidler 2000, 351).

Hall umschreibt die Internalisierung des Selbst als Anderes damit, dass Rassismus „auch innerhalb der dominierten Subjekte wirksam“ ist, und Betroffene dazu gebracht werden sich selbst als „die Minderwertigen“ zu erfahren (Hall 1994, 20 & 135). Dies skizziert Fanon ebenso, denn er beschreibt seine Existenz als „schwarz“, und er misstraut der Totalität seines schwarzen Seins. Andererseits sind Dynamiken der Assimilation viru-

lent. In der unbewussten Identifikation mit und Anpassung an hegemoniale Normen beschreibt er sich hier als „Weißer“, da sei nichts zu machen, der sich im Zuge der Internalisierung als schwarzer Anderer selbst misstraut. Erfahrungen des Othering, des zu dem/der Anderen Gemacht-Werdens, stellen widersprüchliche Dynamiken her: Prozesse der Internalisierung des Selbst als Anderes finden in paradoxer Bewegung zu oder mit assimilativen Identifikationen statt.

Und dies ist auch, was der virulente Integrationsdiskurs forciert. Personen, die eigentlich Teil der Gesellschaft sind, werden zu Anderen erklärt, sie werden aus dem Kollektiv herausgeschrieben, internalisieren möglicherweise das Selbst als Anderes, versuchen sich womöglich dann zu assimilieren, können aber jederzeit wieder auf die Position des/der Anderen zurückverwiesen werden.

Das migrantisierte Selbst ist in seinen Subjektivierungsprozessen Schauplatz internalisierter Andersheit und Assimilationsbestrebungen. Dies verweist auf die subjektivierende Wirkung von Rassismuserfahrungen, die in Ambivalenzen und Paradoxien eingebettet ist. Dynamiken der Identifikation und Internalisierung können als Strategien des Überlebens und der Beibehaltung von Handlungsfähigkeit verstanden werden. Sie sind zwar Folge einer Erfahrung von Unterwerfung, gleichzeitig schaffen und ermöglichen sie jedoch minorisierte Subjektivität.

Das Konzept der sozialen Vulnerabilität

Nach diesem Höhenflug versuche ich jetzt auf den Boden der Praxis zurück zu kommen.

Im Versuch eine Sprache zu finden, die hoffentlich auch für die berufliche Praxis Hinweise gibt, möchte ich Ihnen ein Konzept vorstellen, das „den Blick auf die Verletzlichkeit

² Siehe dazu bitte Velho (2010), Literaturliste.

ten, die mit der Zugehörigkeit zu deprivilierten sozialen Gruppen“ (Castro Varela & Dhawan 2004, 218) einher gehen, richtet. Unter sozialer Vulnerabilität verstehen die Autorinnen „eine Form von Risiko, welches aus dem sozialen Alltagsleben erwächst. Je mehr Risiko für ein Individuum exponiert ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es alltäglichen und institutionellen Diskriminierungs-, Stigmatisierungserfahrungen und Otheringprozessen ausgesetzt ist (ebd.). „Das Konzept der Vulnerabilität“, das Maria do Mar Castro Varela entwickelt hat, thematisiert nicht nur die Risiken, die ein Subjekt verletzlich machen, sondern, als Widerstandspotentiale benannt, auch „die Ressourcen, die das Subjekt mobilisieren kann – oder eben nicht – um sich vor diesen Risiken zu schützen, um den Verhältnissen zu widerstehen“ (ebd., 220).

Der Vulnerabilitätsansatz vermag „Diskriminierungsprozesse als komplexe Dynamiken zu analysieren und sie als eingebettet in sich überlappende Machtfelder zu beschreiben“ (ebd., 219). Die verschiedenen Felder der Macht mitzudenken, wenn wir uns mit Rassismuserfahrungen beschäftigen, ist zentral, da Personen mit Rassismuserfahrungen ebenso als Männer und Frauen, Schwule, Lesben, Transgender, Kinder, Jugendliche, Alte, oder als behindert, reich, arm, ohne oder mit formaler Bildung etc. gelten und diese Verschränkungen und Gleichzeitigkeiten von Machtverhältnissen die Form ihrer Rassismuserfahrungen und Erfahrungen im Gesamten, ihre sozialen Positionen und Vulnerabilitäten ebenso mitbestimmen wie ihre Widerstandspotentiale. In der beruflichen Praxis, z. B. bei der Erstellung von Hilfeplänen oder Fallanamnesen, könnte diese Herangehensweise und die folgende Tabelle in ausgearbeiteter Form als Checkliste für einen Macht und Differenz sensiblen Ansatz

im Umgang mit Klientinnen und Klienten genutzt werden.

Ich habe das von Maria do Mar Castro Varela (2007) entwickelte Konzept der Vulnerabilität aufgegriffen, um einige spezifische Erscheinungsformen von Rassismuserfahrungen, die eingebettet sind in andere existierende Machtverhältnisse, und die dazugehörigen Widerstandspotentiale darstellen zu können. Meine Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Neben individuellen Ressourcen, die beispielsweise Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Handlungsfähigkeit fördern, ist ein gesellschaftliches Klima wesentlich, das sich gegen Rassismus positioniert und dementsprechend interveniert, Zugehörigkeit zulässt und Unterstützung anbietet.

Um an den Verhältnissen nicht zu scheitern, stellen Wissen um Rassismen und die eigenen Rechte, eine Sprache für die Erfahrungen, aber auch Gehör finden, soziale Unterstützung, Anerkennung der Verletzungen und Subjektivität, uneingeschränkter Zugang zu machtsensibler Beratung, Hilfsangeboten, psycho-sozialer und medizinischer Versorgung, ökonomische Ressourcen und ein Gefühl von Zugehörigkeit bei allen Rassismuserfahrungen wesentliche Ressourcen dar, die ich zentrale Widerstandspotentiale nenne. Sie sind aus Platzgründen nicht in der folgenden Tabelle zu finden.

Vulnerabilitäten und Widerstandspotentiale im Kontext von Rassismuserfahrungen – einige Beispiele:

Vulnerabilität	Zentrale Widerstandspotentiale	Spezifische Widerstandspotentiale
Unsicherer Aufenthaltsstatus	Neben individuellen Ressourcen, ist ein soziales Umfeld wesentlich, das sich gegen Rassismus positioniert, Zugehörigkeit signalisiert und Unterstützung anbietet.	juristische Unterstützung, Wissen um gesetzliche Lage und Möglichkeiten
Abhängigkeit von Partnerschaft		Eigenständiges Aufenthaltsrecht und Einkommen, juristische und soziale Unterstützung, Gesundheit, andere enge soziale Beziehungen
Tätliche Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen um Rassismen & Rechte - Sprache für Erfahrungen - Gehör finden - Anerkennung der Verletzungen und Subjektivität - Soziale Unterstützung - Zugang zu Beratung, Hilfsangeboten, psycho-sozialer, medizinischer und juristischer Versorgung - ökonomische Ressourcen 	Unterstützung durch Rechtsanwälte, Polizei, Gerichte, ökonomische, medizinische und psycho-soziale Unterstützung, Anerkennung der erfahrenen Gewalt
Physische und psychische Krankheiten in einer diskriminierenden und marginalisierten Lebenslage		medizinische und psycho-soziale Unterstützung auf Grundlage der Anerkennung der erfahrenen Verletzungen und der einzigartigen Subjektivität des Individuums
Verwehrter Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt		Wissen um Bildungswege und Kontakte in der Berufswelt, Sprachkompetenz, Anerkennung der vorhandenen Kompetenzen
Herabwürdigungen, Beleidigungen		soziale und juristische Unterstützung, Anerkennung der Taten als solche, wertschätzendes Umfeld
Exotisierung & Sexualisierung von Kindern und Jugendlichen		soziale Unterstützung der Kinder, Beendigung des missbräuchlichen Verhältnisses, Selbstwert, Wissen, Enttabuisierung
Sexualisierter Missbrauch / Gewalt		
Othring		Schutz-/Community-Räume, positive Vorbilder und Erfahrungen, die andere Normalitäten setzen als weiß und Deutsch

(Velho, 2011)

So sind im Fall eines Jungen, der mit seinem deutschen Stiefvater und seiner leiblichen Mutter, die vor einem Jahr mit ihm aus der Türkei in die BRD migriert ist, verschiedene Dimensionen relevant. Als Kind steht er in einem generellen Macht- und Abhängigkeitsverhältnis zu den Erwachsenen der Familie. Als Nicht-EU-Bürger steht er zusammen mit seiner Mutter in aufenthaltsrechtlicher Abhängigkeit von seinem Stiefvater. Auch eine ökonomische Abhängigkeit vom Stiefvater besteht, da der Berufsabschluss der Mutter hier nicht anerkannt wird. Es besteht also eine potenzierte Vulnerabilität des Jungen gegenüber dem Stiefvater.

Als Jugendlicher mit Migrationshintergrund sind seine Aussichten auf einen guten Schul- und Berufsabschluss statistisch gesehen gering. In der Schule könnte er Opfer von Diskriminierung sein. Weitere Marginalisierung, die Vulnerabilitäten befördert, kann die Folge sein.

Mit welcher Brille wird so ein Junge auf Grund herrschender Diskurse auch von professioneller Seite womöglich betrachtet?

Er gilt als männlicher Pubertierender aus einem islamischen Land, dessen Deutschkenntnisse defizitär sind und dessen Verhalten evt. beanstandet wird, es könnte z. B. als patriarchal identifiziert werden.

Die gerade aufgeführten Abhängigkeitsdimensionen verschwinden bei dem alleinigen Blick durch diese Brille, sie werden verdeckt. All diese interagierenden Risiken begünstigen aber Vulnerabilitäten des Jungen im Besonderen dann, wenn Ressourcen und Widerstandspotentiale nicht ausreichend zugänglich sind.

Annette Spindler (2006) macht in ihrer Studie „Corpus Delicti“ anhand von Biographien in-

haftierter Jugendlicher „mit Migrationshintergrund“ deutlich, wie sich durch die gesellschaftliche Verweigerung einer anerkannten Männlichkeit und der Reduzierung auf den Körper Männlichkeitskonstruktionen und Rassismuserfahrungen verschränken. „Die Biographien der Jugendlichen verweisen ständig auf Elemente der Repression, des Autoritarismus und des Zwangs, angesiedelt im Flüchtlingsheim, im Ausländergesetz, im Arbeitsverbot für die Eltern, im Gefängnis, im Nicht-Zugeständnis politischer Rechte, in der Verweigerung eines gerechten Zugangs zu Bildung“ (ebd., 325). Risiken, die Sie auch in obigen Tabellen wieder finden.

Migrationshintergrund und Rassismuserfahrungen können auf Grund der vielfältigen Vulnerabilitäten auch als erhöhter Risikofaktor für sexualisierten Missbrauch bezeichnet werden. Die Autorin stellt „einen auffälligen Zusammenhang“ zwischen den von ihr interviewten, als „Intensivtäter“ bezeichneten Jugendlichen und Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt fest (ebd., 205). Die sexualisierte Gewalt, die sie erfuhren, beschleunigte ihren Kriminalisierungsprozess, wenn sie ihn nicht gar auslöste (ebd., 205 & 209). Für ihr Scheitern werden die Jugendlichen aufgrund der ihnen zugeschriebenen kulturalisierenden Klischees von traditionellen und patriarchalen Lebensweisen selbst verantwortlich gemacht. Ihre Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt fanden in der Arbeit mit den Jugendlichen, obwohl sie diese thematisierten, keine Berücksichtigung. Ihr Geschlecht, das „im biographischen Verlauf immer mehr an Reduktion erfährt, auf wenige, negativ konnotierte Attribute zusammenschumpft“, wird „zum Verstärker oder Grund des Ausschlusses“ (ebd.). „Widerstandsversuche zeigen sich darin, den Körper extrem einzusetzen oder

ihn zu zerstören, auszulöschen“ (ebd.). Das dieser Logik zugrunde liegende zerstörerische Potential, das hier innerhalb intersektioneller Verschränkungen von Machtverhältnissen wirksam ist, wird von den Jugendlichen in dieser Ausweglosigkeit gegen sich oder andere gerichtet.

Widerstandspotentiale deuten auf Möglichkeiten hin, Risiken individuell bewältigen zu können, aber auch darauf, welche Ressourcen gesellschaftlich – und so auch von den Sozial- und Heilberufen- unterstützt – zur Verfügung gestellt und hergestellt werden sollten, damit die Vulnerabilitäten nicht zu Verletzungen führen, die die Position, das Wohlbefinden der einzelnen Person und ihre psychische Stabilität weiter schwächen und traumatische Dynamiken entstehen lassen. Es lässt sich fragen, wie die Biographien der Jugendlichen, die zu sog. Intensivtätern wurden, verlaufen wären, wenn zu einem frühen Zeitpunkt auf die Vulnerabilitäten ihrer spezifischen Lebenssituation, ihre Erfahrungen von Ausschluss und Gewalt, eingegangen und entsprechende Ressourcen zugänglich gemacht worden wären.

Wissen

Wie Mark Terkessidis (2004) in seiner Studie „Die Banalität des Rassismus“ resümiert, fehlt bei den von ihm interviewten Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation – und ich meine: nicht lediglich bei ihnen, sondern bei sehr vielen Personen in der BRD, die Rassismuserfahrungen machen – ein generelles Wissen um Rassismus. Die Versuche mit den diskriminierenden Lebensumständen umzugehen, ihnen zu begegnen, Widerständigkeit zu entwickeln oder psychisches und praktisches Überleben zu organisieren sind vielfältig, aber häufig einsam und, wie wir an dem vorherigen Beispiel sehen,

nicht immer konstruktiv.

Das generelle Wissen um Rassismus, mit seinen widersprüchlichen Double-Binds und das Wissen um die eigenen Verstrickungen und möglichen Traumatisierungen kann als kognitive Ressource in der Bewältigung der alltäglichen rassistischen Normalität bezeichnet werden.

Die „Kontextualisierung der Lebenserfahrung“ ist in der psychosozialen Arbeit im Zusammenhang von Empowermentprozessen eine Möglichkeit, Raum für Lebens- und Leidenserfahrungen zu bieten und diese von der individualisierten Wahrnehmung ausgehend in einen historischen und sozialpolitischen Kontext zu stellen (vgl. Herriger 1997). Antonovsky (1997, 37), der sich mit der Frage beschäftigt hat, was Menschen unter schwersten Belastungen gesund erhält, beschreibt, dass „ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit (= Bewältigbarkeit, d. V.) stark von einem hohen Maß an Verstehbarkeit abhängt. Besteht ein hohes Ausmaß an Verstehbarkeit, aber ein niedriges an Bewältigbarkeit, entsteht Veränderungsdruck (vgl. ebd., 37f.). Natürlich ist Wissen, das ich als Beispiel herangezogen habe, nur eine mögliche Ressource und eine, die auch nicht gegen jede Belastung schützt.

Soziale Unterstützung und professionelle Praxis

Protektive Faktoren werden bei Kindern und Erwachsenen im Allgemeinen vorwiegend auf günstige, unterstützende Sozialbeziehungen bezogen (vgl. Fischer/Riedesser 1998, 133), die in einem Klima der Abwehr, Verleugnung und des Verschweigens von Rassismuserfahrungen keine Selbstverständlichkeit sind.

Astrid Messerschmidt (2010) legt dar, dass in der Bundesrepublik eine Thematisierung von Rassismus abgewehrt wird, und so die, die

ihn benennen, häufig zum Sündenbock avancieren. Diese postnationalsozialistischen Abwehrmuster haben eine Täter-Opfer-Umkehr zur Folge. Insbesondere dadurch, dass die Existenz von Rassismus nicht gänzlich geleugnet wird, wird er scheinbar thematisiert, aber eine eigentliche Auseinandersetzung verhindert. Denn: Rassismus wird außerhalb der Mitte der Gesellschaft als rechtsextremes Randphänomen präsentiert oder der als abgeschlossen betrachteten Epoche des NS zugeordnet.

Brunner führt aus, dass „es noch ein schlimmeres politisches Schicksal“ gibt, „als ein Traumaopfer zu sein, nämlich nicht einmal als solches anerkannt zu werden“ (2004, 18). Auch Keilson's Konzept von „Trauma als Prozess“ verweist auf die nicht zu unterschätzende Bedeutung der post-expositorischen Phase, der Zeit nach der Traumatisierung, für das Befinden der Betroffenen (Kühner 2007, 19).

U. a. von Willi Butollo et al. (1999) wird das Fehlen sozialer Unterstützung im Umfeld als bedeutsamer Risikofaktor für posttraumatische Belastungsstörungen gesehen. Eine „Recovery Environment“, die mit Hilfe anderer Personen und Institutionen Heilung und Verarbeitung möglich macht, wird als eminent wichtig beschrieben (ebd.). Da Rassismus ein virulentes Phänomen in der Bundesrepublik ist, befinden sich Personen, die Rassismuserfahrungen machen, und ebenso die medizinische, psychosoziale und pädagogische Praxis allerdings nicht in einer „post-“, sondern in einer fortwährend expositorischen Umgebung. Umso wichtiger ist die Sensibilisierung und Parteilichkeit der „helfenden Berufe“, und umso erschütternder ist, dass Claus Melter (2006, 322) in seiner veröffentlichten Studie über „Rassismuserfahrungen in der Jugendhilfe“ den befragten Pädagoginnen und Pädagogen aus der Sozialen Arbeit „insti-

tutionellen Rassismus“ bescheinigen musste, da die alltäglichen Rassismuserfahrungen der betreuten Jugendlichen abgewehrt und negiert wurden (ebd., 319ff.). Er bezeichnet dies als „ein systematisch durch Mitarbeiter der Institutionen/Organisationen ausgeübtes oder zugelassenes ausgrenzendes, benachteiligendes oder unangemessenes und somit unprofessionelles Handeln“ (ebd., 322).

Eine offene Debatte und Skandalisierung der rassistischen Normalität in der Bundesrepublik ist eminent wichtig, um eine Veränderung der gesellschaftlichen – und auch unserer professionellen – Realität, die rassistische Macht- und Gewalthandlungen (manchmal auch ungewollt) fortsetzt, verschleiert und verschweigt, zu erreichen.

Parteilichkeit, Solidarität und Respekt vor dem Gegenüber setzt auch in der beruflichen Praxis Bewusstheit und Wissen um die widersprüchlichen Phänomene rassistischer und anderer Macht und um die Auswirkungen der Rassismen voraus.

Und – es wäre einfach für uns, Expertinnen und Experten der bundesdeutschen Kultur zu werden, die wir als unsere eigene bezeichnen beziehungsweise in der wir leben, einer Kultur, in der Rassismen und Diskriminierungen Normalität sind. Einer Kultur, mit der die beständigen Forderungen an Menschen sich zu integrieren und anzupassen begründet werden. Einer Kultur, in der im gleichem Atemzug die Dethematisierung von Rassismus, eines Rassismus, der als Integrations- oder Inklusionshindernis bezeichnet werden kann, vorangetrieben wird.

Das beständige Ringen mit den persönlichen Verstrickungen, die Selbstreflexion der eigenen Position und Handlungen und die Intervention in die machtvollen Verhältnisse ist eine Unabdingbarkeit für berufliche Praxis, die ihre Professionalität unter anderem darin

sieht bestehende Machtstrukturen nicht wieder reproduzieren zu wollen, sondern Prozesse

der Selbstermächtigung und -heilung zu unterstützen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur

Amadeu Antonio Stiftung,

<http://www.mut-gegen-rechte-gewalt.de/news/meldungen/2009-rekordjahr>, Stand:4.12.2009

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese; Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Balibar, Etienne (1990): Gibt es einen „Neo-Rassismus“? in: ders./Wallerstein, Immanuel: Rasse – Klasse – Nation: Ambivalente Identitäten, Hamburg, 23-38.

Becker, David (2002) : Flüchtlinge und Trauma,

www.lateinamerika-tage.de/wp-content/uploads/2009/02/0611david-becker_trauma.pdf

Bermejo, Isaac et al. (2010) : Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung, Psychiatrische Praxis, 37, 225-232

Bhabha, Homi K. (1994): The Location of Culture, London/New York

Brunner, José (2004): Politik der Traumatisierung. Zur Geschichte des verletzbaren Individuums, WestEnd, Neue Zeitschrift für Sozialforschung, 1/2004, 7-24.

Bryant-Davis, Thema/Ocampo, Carlota (2005): Racist Incident-Based Trauma, The Counseling Psychologist, 33, 479-500.

Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M. (1999): Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung, Stuttgart

Carter, Robert (2007): Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress, The Counselling Psychologist, 35, 13-105

Castro Varela, María do Mar/Dhawan, Nikita (2004): Horizonte der Repräsentationspolitik – Taktiken der Intervention in: Roß, Bettina: Migration, Geschlecht und Staatsbürgerschaft, Wiesbaden, 205-226.

Castro Varela, María do Mar (2007): Unzeitgemäße Utopien. Migrantinnen zwischen Selbsterfindung und Gelehrter Hoffnung, Bielefeld

Fanon, Frantz (1980): Schwarze Haut, weiße Masken, Frankfurt a. M.

Ferreira, Grada (2004): Rewriting the Black Body, in: Perko, Gudrun/Czollek, Leah Carola: Lust am Denken. Queeres jenseits kultureller Verortung, Köln

Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie, München

Haasen, Christian et al. (2000): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft, Freiburg

Hall, Stuart (1994): Rassismus und kulturelle Identität, Hamburg

Herriger, Norbert (1997): Empowerment in der sozialen Arbeit: eine Einführung, Stuttgart

Igel, Ulrike et al. (2010): Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen in: Psychiatrische Praxis, 37, 183-190

Kilomba, Grada (2007): Plantation Memories, in: Broden, Anne/Mecheril, Paul: Re-Präsentationen. Dynamiken der Migrationsgesellschaft, Düsseldorf

Kirkcaldy, B. et al. (2006): Migration und Gesundheit in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49, 873-883

- Kühner, Angela** (2008): Trauma und kollektives Gedächtnis, Gießen Mc Kenzie (2006): Racial discrimination and mental health, *Psychiatry*, 5, 383-387 Mecheril, Paul. 1994
- Mecheril, Paul et al.** (2010). Migrationspädagogik, Weinheim
- Melter, Claus** (2006). Rassismuserfahrungen in der Jugendhilfe. Eine empirische Studie zu Kommunikationspraxen in der Jugendhilfe, Münster
- Messerschmidt, Astrid** (2010): Zwischen Entnormalisierung und Distanzierung – vier Muster im Umgang mit Rassismus in: Broden, Anne/Mecheril, Paul: Rassismus bildet. Subjektivierung und Normalisierung in der Migrationsgesellschaft, Bielefeld
- Prasad, Nivedita** (2009): Gewalt und Rassismus als Risikofaktor für die Gesundheit von Migrantinnen, www.migration-boell.de/web/integration/47_2075.asp, 15.9.2010
- Spindler, Annette** (2006): Männlichkeit, Rassismus und Kriminalisierung im Alltag jugendlicher Migranten, Münster
- Terkessidis, Mark** (2004): Die Banalität des Rassismus. Migranten zweiter Generation entwickeln eine neue Perspektive, Bielefeld
- Thomas-Olalde, Oscar und Velho, Astride** (2011): Othering and its effects – Exploring the concept in: *Writing Postcolonial Histories of Intercultural Education*, eds. Heike Niedrig / Christian Ydesen (Peter Lang Verlag)
- Velho, Astride** (2010): (Un-)Tiefen der Macht. Subjektivierung unter den Bedingungen von Rassismuserfahrungen in der Migrationsgesellschaft in: Broden, Anne/Mecheril, Paul: Rassismus bildet. Subjektivierung und Normalisierung in der Migrationsgesellschaft, Bielefeld, 113 - 137
- Velho, Astride** (2011): Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität. Ansätze für eine reflexive Berufspraxis in: Landeshauptstadt München, Direktorium, Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund, <http://www.muenchen.de/Rathaus/dir/antidiskriminierung/148634/index.html>, 1.5.2011
- Zeeb, Hajo et al.** (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49, 845-852
- Böttger, A., Plachta, K.** (2007). *Bewältigungsstrategien von Opfern rechtsextremer Gewalt*. Bundeszentrale für politische Bildung. www.bpb.de/publikationen/2WTWH5.html, 20.10.2007
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2009): Gesundheit – Gewalt – Migration, Kurzzusammenfassung, Berlin
- Butler, Judith** (2001): *Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung*, Frankfurt a. M.
- Caldwell, Cleopatra et al.** (2004): Racial Discrimination and Racial Identity as Risk or Protective Factors for Violent Behaviors in African American Young Adults in: *American Journal of Community Psychology*, 33,1/2, 91-105
- Castro Varela, María do Mar** (2008): „Was heißt hier Integration?“ Integrationsdiskurse und Integrationsregime in: Dokumentation der Fachtagung „Alle anders – alle gleich?“, Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Arbeit, 77-87
- Celik, S.** (2006). Grenzen und Grenzgänger. Diskursive Positionierungen im Kontext türkischer Einwanderung, Münster
- Dreyfus, Hubert/Rabinow, Paul/Foucault, Michel** (1987): *Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*, Frankfurt a. M.

- Ferreira, Grada** (2003): Die Kolonisierung des Selbst – Der Platz des Schwarzen, in: Steyerl, Hito/Gutiérrez-Rodríguez, Encarnación: Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik, Münster, 146-165.
- Foucault, Michel** (1993): Technologien des Selbst in: Martin, Luther/Gutman, Huck/Hutton, Patrick: Technologien des Selbst. Frankfurt a. M., 24-62.
- Hall, Stuart**(1999): Ethnizität: Identität und Differenz in: Engelmann, Jan: Die kleinen Unterschiede. Der Cultural-Studies-Reader, Frankfurt a. M., 83-98
- Keilson, Hans** (2005): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen, Gießen
- Kilomba, Grada** (2008): Plantation Memories, Münster
- Mecheril, Paul** (2003). Prekäre Verhältnisse. Über natio-ethno-kulturelle (Mehrfach-) Zugehörigkeit, Münster
- Mecheril, Paul** (2006): Das unmögliche Subjekt. Ein Blick durch die erkenntnispolitische Brille der Cultural Studies, in: Hohl, Joachim/Keupp, Heiner: Subjektdiskurse im gesellschaftlichen Wandel. Zur Theorie des Subjekts in der Spätmoderne, Bielefeld, 119-143.
- Moro, Marie Rose** (1999): Aufwachsen im Exil: Ethnopschoanalyse mit Eltern und Kindern in: Pedrina, F. et al.: Kultur. Migration. Psychoanalyse. Therapeutische Konsequenzen theoretischer Konzepte, Tübingen, 149-188
- Muhle, Maria** (2008): Eine Genealogie der Biopolitik, Bielefeld
- Prasad, Nivedita** (1994): Verinnerlichter Kolonialismus in: Frauen zwischen Grenzen. Rassismus und Nationalismus in der feministischen Diskussion, Frankfurt a. M.
- Speight, Suzette** (2007): Internalized Racism: One More Piece of the Puzzle, The Counseling Psychologist, 35, 126-133.
- Spivak, Gayatri C.** (1984): The Rani of Sirmur in: Barker, Francis et al.: Europe and its Others. Volume one, Essex, 128-151
- West, Cornell** (2001): Race Matters, Boston
- Westhoff Andrea & Justin** (2007): Wunden der Völker. Das Phänomen „kollektives Trauma“, www.dradio.de/download/74017/, 22.9.10
- Williams, David & Williams-Morris, R.** (2000): Racism and Mental Health: the African-American experience, Ethnicity and Health, 5 (3/4), 243-268
- Yücel, Kübra** (2010): Der Islam ist eine Hautfarbe, taz, 10.11.10, 35

Erst mein Mann und jetzt noch die Ausländerbehörde..... Gewalt und struktureller Rassismus als Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Migrantinnen

Dr. Nivedita Prasad

Haben heute alle die Zeitung gelesen? Die Studie „Zwangsverheiratung in Deutschland“, von Thomas Mirbach, Torsten Schaak und Katrin Triebel im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) verfasst, ist am 9.11.11 der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Frau Ministerin Kristina Schröder hatte vorweg am 8.11.11 in einem Gastbeitrag der FAZ einige zentrale Ergebnisse der Studie interpretiert. Ihre Präsentation hat mich – als Mitglied des Beirats - sehr befremdet. Die Befürchtung, dass eine Erhebung der Religionszugehörigkeit Anlass für Missverständnisse, Fehldeutungen oder problematische Zuschreibungen werden könnte, war sowohl im Beirat als auch im Rahmen des wissenschaftlichen Workshops ausdrücklich Thema. Leider bestätigt sich diese Befürchtung durch den genannten FAZ-Beitrag, in dem Frau Ministerin Schröder behauptet, dass „nach Angaben der Betroffenen 83,4% der Eltern Muslime seien“. Diese Behauptung ist schlichtweg falsch, denn Betroffene von Zwangsverheiratung sind zu keiner Zeit im Rahmen dieser Studie direkt befragt worden. Es handelt sich bei der genannten Zahl vielmehr um das Ergebnis einer Befragung von Menschen, die in Beratungseinrichtungen tätig sind; diese sollten im Jahre 2009/2010 Auskunft über Fälle von (angedrohter) Zwangsverheiratung im Jahr 2008 geben.

Es ist nicht bekannt, ob die Beraterinnen und Berater in der Praxis die Religion der Eltern abgefragt haben, ob sie im Nachhinein versucht haben, sich zu erinnern, oder ob sie bloße Vermutungen äußern. Daher wäre die

richtige Formulierung „Beraterinnen und Berater gaben an, dass sie davon ausgehen, dass 83,4% der Eltern der Betroffenen vermutlich muslimischer Herkunft sind“. Wer solche Differenzen als beiläufig abtut, spricht empirischen Studien implizit jeden Sinn ab. Man kann sich die Mühe dann lieber gleich sparen. Darüber hinaus ist auch die genannte Zahl mit Vorsicht zu genießen, denn sie sagt nichts darüber aus, welchen Stellenwert Religion im Alltag bzw. im Handeln gespielt hat. So ist es durchaus möglich und wahrscheinlich, dass andere Faktoren als der religiöse Hintergrund eine zentrale Rolle spielen und die Religion der Täter/-innen hier lediglich Scheinkorrelationen abbildet. Beispielsweise dürfte der sexuelle Missbrauch von Kindern und Jugendlichen in kirchlichen Zusammenhängen ebenfalls nicht zentral auf den christlichen Glauben der Täter zurückzuführen sein, sondern auf die Gelegenheitsstrukturen für pädosexuelle Täter und unter Umständen auf autoritäre und Täter abstützende Strukturen in entsprechenden Einrichtungen. Hierfür den christlichen Glauben per se verantwortlich zu zeichnen wäre ähnlich verkürzt wie die Zwangsverheiratungen zentral auf den islamischen Glauben zurückzuführen, der ebenso wenig Aussagen zur Legitimierung von Zwangsverheiratungen enthält wie der christliche Glauben den sexuellen Missbrauch von Kindern legitimiert.

Die Problematik des Missbrauchs und der Instrumentalisierung des Themas Zwangsverheiratung für anderweitige politische Zielsetzungen und antiislamische Propaganda ist auch im Vorfeld im Beirat diskutiert worden.

Mehrere Personen aus dem Beirat hatten sich daher gegen die Aufnahme der Frage nach der vermuteten Religionszugehörigkeit in den Fragebogen ausgesprochen. Den skeptischen Vorbehalten begegnete das BMFSJ mit der Zusicherung, dass die vermutete Religionszugehörigkeit nur deshalb erhoben werden sollte, um für mögliche Nachfragen aus dem parlamentarischen Raum gewappnet zu sein. Der in der FAZ erschienene Artikel – mit einer sehr eigenwilligen bzw. tendenziösen Darstellung der Religionszugehörigkeit – lässt sich hiermit kaum in Einklang bringen und gibt uns das Gefühl, hinters Licht geführt worden zu sein. Was Ministerin Schröder im Übrigen mit der Forderung meint, dass „manche traditionelle Wurzeln endgültig durchtrennt werden“ müssten, bleibt der Phantasie des Lesepublikums überlassen. Die Gefahr, dass durch diese scharfe Formulierung anti-muslimische Ressentiments Auftrieb erhalten, liegt jedenfalls auf der Hand. (Stellungnahme des Beirats, Nov. 2011)

Nun aber zum eigentlichen Thema:

§ 31 Aufenthaltsgesetz. Wurde gerade verschlechtert, d.h. die Frist, die eine Ehe überdauern muss, damit nach einer Scheidung keine direkte Abschiebung stattfinden kann, wurde gerade von zwei auf drei Jahre erhöht. Das ist wichtig für die Härtefallregelung.

Was für uns als Therapeutinnen und Therapeuten entscheidend ist, das ist die möglichst genaue Dokumentation aller Fälle. Für Härtefallanträge benötigt man Nachweise. Aber die psychische und körperliche Gewalt kann eigentlich nur durch Zeugen bzw. ärztliche Atteste nachgewiesen werden, deshalb muss in der Behandlung jedes auch noch so unwichtige Detail unbedingt notiert werden.

Wenn die Frau allerdings zwischenzeitlich zum Ehemann zurückkehrt, ist der Härtefallantrag schwer durchzusetzen. Die psychische Gewalt kann meist ausschließlich durch Atteste von Psychotherapeutinnen/-therapeuten nachgewiesen werden, deshalb ist es hier extrem wichtig, auch Kleinigkeiten aufzuschreiben. Ein noch größeres Problem haben wir in den Fällen von sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen, denn damit diese nachgewiesen werden kann, muss man die Kinder dazu anhalten, darüber zu sprechen, und das mindestens vier bis fünf Mal, was therapeutisch absolut unvorstellbar ist.

Diese Arbeit birgt auch große psychische Belastungen für den Berater/die Beraterin. Insbesondere der Prozess des Aushaltens von diesen zwei bzw. drei obligatorischen Jahren ist schwierig, weil man direkt und machtlos die kontinuierliche Verstärkung der Probleme der Frauen miterlebt.

Arbeit mit Sprachmittlerinnen und Sprachmittler

Auf der einen Seite haben wir die Exklusion durch Sprache und auf der anderen Verständnis bzw. Kommunikation mit dem Gegenüber. Ich arbeite seit vierzehn Jahren mit Sprachmittlerinnen und Sprachmittler. Auch ihre psychische Gesundheit muss beachtet und unterstützt werden, weil sie genauso wie die Berater/-innen der Belastung von erzählten Situationen ausgesetzt sind und sie mittragen müssen. Und dann setzen sie sich damit ja auch noch in ihrer Muttersprache auseinander, wodurch das Ganze noch intensiver und schwieriger wird. Aber grundsätzlich ist die Arbeit mit Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern sehr empfehlenswert, weil man vieles abgeben kann. Und auch die schwierige Unter-vier-Augen-Situation bei

einer Sitzung wird durch die Dreierkonstellation aufgelöst. Allerdings muss man von Anfang an auf die vollkommene Transparenz und Ehrlichkeit aller drei Beteiligten zu einander achten. Es darf nicht zu heimlichen Ver-

trautheiten zwischen Klientinnen/Klienten und Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern kommen, sonst führt das schnell zu Schwierigkeiten.

Folien zum Vortrag

„Erst mein Mann und jetzt noch die
Ausländerbehörde...“

- Gewalt und struktureller Rassismus als Risikofaktoren für
die psychische Gesundheit von Migrantinnen –

Dr. Nivedita Prasad, Nov. 2011

1

- Verletzung des Rechts auf Gesundheit
- Aufenthaltsstatus und Gesundheit
- Hindernisse in der Wahrnehmung des Rechts auf Gesundheit
 - Kulturalisierung
 - Rassismus
 - Sprache

2

Verletzung des Rechts auf Gesundheit

3

Das Recht auf Gesundheit

- WHO definiert Gesundheit als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (1946).
- Das Recht auf Gesundheit beinhaltet das Recht auf medizinische Versorgung für **jeden** Menschen:
 - Verfügbarkeit von quantitativ ausreichenden und qualitativ genügenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen
 - **diskriminierungsfreien** Zugang zu den vorhandenen Gesundheitseinrichtungen (Artikel 12 des UN-Sozialpakts und Allgemeine Erklärung Nr. 14 des Ausschusses für WSK-Rechte)

4

Migrantinnen und das Recht auf Gesundheit

- das Aufenthaltsgesetz ist im Leben von MigrantInnen der entscheidende Faktor, über den jeglicher Zugang zum Hilfesystem, zu Sozialleistungen, etc. entscheidet
- kann variieren von „keinem Aufenthaltstitel“ bis hin zu einer „Niederlassungserlaubnis“
- entsprechend unterschiedlich sind auch die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten bzw. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen

5

Eindeutige Verletzungen vom Recht auf Gesundheit

- **Menschen ohne Papiere:** Angst vor der Übermittlungspflicht, d.h. Migrantinnen nutzen Gesundheitssystem
 - selbstzahlend
 - heimlich
 - gar nicht oder
 - zu spät
- **Opfer von Menschenhandel und AsylbewerberInnen:** § 4 Asylbewerberleistungsgesetz: nur einen Anspruch auf limitierte gesundheitliche Leistungen haben

6

Aufenthaltsstatus und Gesundheit

Oder

- Wenn die Ausländerbehörde krank macht -

7

- „Der negative Einfluss eines unsicheren Status auf Gesundheit ist umso größer, je weniger externe Ressourcen einer Migrantin zur Verfügung stehen. Eine **unsichere Aufenthaltssituation** ist mit so vielen Schwierigkeiten verbunden, dass die vorhandenen internen Ressourcen nicht als Schutz für die Gesundheit eingesetzt werden können“ (Hunkeler/Müller 2004 S. 6)
- Sie stellen auch fest, dass es einen Zusammenhang zwischen einer unsicheren AE und der Wohn- bzw. Arbeitssituation gibt (ebenda S. 172)

8

AE für Therapie

- Die absurdeste Verknüpfung zwischen einem Aufenthaltsstatus und dem Gesundheitszustand eines Menschen wird hergestellt, wenn der Aufenthaltsstatus eines Migranten bzw. einer Migrantin auf einer ernsthaften Erkrankung und/oder Traumatisierung basiert, wie zum Beispiel im Fall von bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen, die unter schweren posttraumatischen Belastungsstörungen leiden.

(siehe hierzu auch:

http://www.gruene.landtag.nrw.de/cms/default/dokbin/251/251931.krankheit_als_abschiebehindernis.pdf).

9

AE für Therapie

- Eine Genesung in solchen Fällen hat notgedrungen die **Abschiebung zur Folge**. Gesundheit in solchen Fällen wieder herzustellen, ist meiner Ansicht nach nicht nur nicht leistbar; vielmehr erscheint eine solche Regelung besonders geeignet, den Gesundheitszustand weiter zu verschlechtern.
- Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen von Hunkeler/Müller, die darauf hinweisen, dass „die **Unsicherheit des Aufenthaltsstatus sich zuerst auf der psychischen, später auf der physischen Ebene zeigt**.“ (Hunkeler/Müller 2004 S. 172).

10

§ 31 Aufenthaltsgesetz und Gewalt gegen Migrantinnen

- Nachzuweisende Ehebestandszeit mind. drei Jahre !
- Scheitert die Ehe vorher müssen die EhepartnerInnen und ihre nicht deutschen Kinder ausreisen
- Härtefallregelung: bei nachgewiesener Gewalt, z.B. :
 - **Ärztliches Attest**
 - **ZeugInnen**
 - Wegweisung nach dem **Gewaltschutzgesetz**
 - Ggf. nachgewiesener **Frauenhausaufenthalt** ohne zwischenzeitlicher Rückkehr zum gewalttätigen Ehemann

11

Frauen, die sich nicht trauten einen Antrag zu stellen

- Wenn Frauen sich nicht trauten vom Gewaltschutzgesetz zu profitieren
- Wenn es keine Nachweise für die erlebte Gewalt gibt z.B. in Fällen:
 - von sexueller Gewalt an Frauen/ Kinder
 - von psychischer Gewalt
 - wo die Bewegungsfreiheit der Frauen eingeschränkt ist
 - wo die Frauen beleidigt, angeschrien und/oder rassistisch und/oder sexistisch diskriminiert wurden
 - wo Frauen/ Kindern die Nahrung vorenthalten wurde
 - wo mit der Ausländerbehörde gedroht wird

12

Sexuelle Gewalt an Kinder

- Besondere Schwierigkeit: migrierte Kinder, die vom (deutschen) Stiefvater sexuell missbraucht wurden
- sexueller Missbrauch ist **explizit als Härtefall** genannt – aber wie kann der **nachgewiesen** werden?
- Kinder kommen in die fatale Situation gezwungen zu sein, über sexuelle Gewalt zu sprechen, um den eigenen Aufenthaltstitel und den der Mutter nicht zu gefährden
- Am Ende wird abgewartet, was der Gerichtsprozess bringt...
- Fallbeispiel T.

13

Folgen der Ehebestandszeit

- Frauen und ihre Kinder bleiben in Ehen, die ihnen körperlich und/oder psychisch schaden
- Frauen versuchen sich irgendwie auf 3 Jahre einzurichten
- häufig können wir zusehen, wie sich ihr Zustand verschlechtert
- Fallbeispiel: A.N

14

Wenn die Ausländerbehörde krank macht

- Fallbeispiel Frau H: Opfer von MH, vier Jahre lang mit Kind mit absoluter Unsicherheit geduldet
- Ausländerbehörde: sobald ein Pass da ist, wird sie abgeschoben; Zeitraum unklar Frau H.:
 - zum Teil woanders geschlafen
 - zum Teil das Kind woanders zum Schlafen geschickt
 - immer ohne Kind zur Ausländerbehörde etc.
- Nach vier Jahren: AE, die vom Kindsvater abhängt! (siehe § 31 Aufenthaltsgesetz) Dank der **Europäischen Menschenrechtskonvention**

15

Wenn die Ausländerbehörde krank macht

- Wie soll ein Mensch unter solchen Umständen sich vom Trauma des Menschenhandels erholen? Und auch nur in Nähe dessen kommen, was die WHO als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens „ definiert kommen?

16

Hindernisse in der Wahrnehmung des Rechts auf Gesundheit

17

Kulturalisierung als Hindernis

- Der Versuch, eine Verhaltensweise als kulturelle Prägung zu definieren, ist aber nicht so neutral denn:
 - kulturspezifische Betrachtung nur im Zusammenhang mit **deviantem Verhalten des konstruierten Anderen**
 - ethnisierten Menschen wird jegliche **Individualität abgesprochen**
 - das Kulturalisieren von Verhalten, ist etwas, das nur MigrantInnen widerfährt und daher an sich schon als **diskriminierend** gewertet werden kann
 - Erkennung **migrations- oder milieuspezifischer** Aspekte wird erschwert

18

Kulturalisierung von Gewalt gegen Migrantinnen

- **Innerethnische Gewaltvorkommnisse** in Communities, die als muslimisch konstruiert werden, werden kulturalisiert und leisten (antimuslimischen) Rassismus Vorschub
- Kulturalisierung verhindert den **Bezug zu andauernder Gewalt** durch den (Ex-)Partner bzw. zum Themenbereich häusliche Gewalt und trägt zur Privatisierung des Problems bei. Wahrnehmung und Darstellung von Gewalt gegen Migrantinnen hängt von **Ethnizität des Täters** ab!
- Kulturalisierung verhindert, dass Frauen die Gewalt erleben in **Loyalitätskonflikte** geraten und z.B. Schweigen

19

Rassismus als Hindernis

- Eine Studie des Bundesministeriums für Frauen etc. zur Häufigkeit von Gewalterlebnissen bei Frauen weist darauf hin, dass Migrantinnen „... sich schwer aus Gewaltsituationen lösen können, weil sie durch soziale und psychische Diskriminierung in Deutschland geschwächt und beeinträchtigt werden.“
(<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gesundheit-gewalt-migration-kurzfassung-studie.property=pdf.bereich=bmfsfj.nwb=true.pdf>).
- Wen sprechen wir wie an? Welche Bilder nutzen wir?

20

Rassismus als Hindernis

- Berechtigte Sorge davor, Rassismuserfahrung zu wiederholen:
 - was tun wir um diese Angst zu nehmen?
 - können MitarbeiterInnen of Color dazu beitragen, dass diese Angst minimiert wird?
 - ist Diskriminierungssensibilität ein Thema im Team?
 - wird dies nach außen kommuniziert?
- Neben dem tatsächlichen Erleben von Diskriminierung kann die Angst, durch das Erlebte Rassismus zu schüren, kann zu besonders fatalen Situationen führen; (siehe hierzu auch Prasad 2006).
 - Nehmen wir diese Angst ernst, kommunizieren wird dies nach außen?

21

Exklusion durch Sprache

- Wer wirbt wie und für wen?
- Wer versteht diese Sprache (Ethnizität, Schicht, Behinderung, Alter); manchmal Kompromisse in der Sprachwahl (politisch korrekt vs. Allgemeinverständlich)
- Wer fühlt sich/ist angesprochen? (Gender, Alter, Ethnizität, Schicht, Behinderung)
- Sind Deutschkenntnisse (unausgesprochen) ein Aufnahmekriterium ?
- ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen etc. haben wenig Übung und viel Berührungängste in der Praxis mit SprachmittlerInnen

22

Vorteile von Sprachmittlung

- Keine zu enge Intimität in der Beratungssituation
- Möglichkeit von Denk/Verarbeitungspausen
- SprachmittlerIn kann Erinnerungsstütze sein
- SprachmittlerIn kann manche Erfahrung kontextualisieren und erklären
- SprachmittlerInnen können Begleitungen übernehmen
- SprachmittlerInnen ermöglichen Menschen, die nicht die Mehrheitssprache sprechen, die Möglichkeit der Wahrnehmung ihres Rechts auf Zugang zur gesundheitlichen Versorgung; der Staat muss dies finanzieren, wir müssen es fordern und umsetzen!

23

Keine Frage des Beliebens sondern eine ethische Verpflichtung für Sozialarbeitende

- „Sozialarbeitende haben **die Pflicht**, Diskriminierung auf Grund von Merkmalen wie Fähigkeiten, Alter, Kultur, Gender oder Geschlecht, Familienstand, sozioökonomischem Status, politischer Überzeugung, Hautfarbe/Herkunft oder anderer körperlicher Gegebenheiten, sexueller Orientierung, oder spiritueller Überzeugung entgegenzutreten.“ (4.2. Ethische Grundsätze in der Sozialen Arbeit, IASSW und IFSW Adelaide 2004)
- **Abbau von Diskriminierungen**, die das Recht auf höchsterreichbarem Maß an Gesundheit beeinträchtigen, gehört selbstverständlich dazu!

24

Literaturliste

- *Hunkeler, Brigitte & Müller, Eva*: Aufenthaltsstatus und Gesundheit, Lizensatsarbeit der Universität Zürich, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Verfügung Nr. 03.001058, September 2004.
- *Gaitinides, Stefan 2007*: „Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste“ – Visionen und Stolpersteine“ in: Rommelspacher, Birgit & Kollack, Ingrid (Hrsg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt. S. 35-58.
- *Prasad, Nivedita 2006*: „Migrantinnen und sexualisierte Gewalt“ in: Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, Heft 24/06. Zürich. S. 39–49.

25

Diskriminierung als traumatisches Erlebnis – Umgang mit Ratsuchenden in der Praxis

Marie-Theres Aden-Ugbomah und MBoyo Likafu

Marie-Theres Aden-Ugbomah

Ich will kurz etwas zur Einleitung sagen: Die Behandlung von Traumata wird in der Zukunft ein zunehmend starkes Handlungsfeld in der Migrationsarbeit sein. Um migrationshemmende Strukturen zu überwinden, muss man sich mit Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten in unserer Gesellschaft auseinandersetzen. Ständig Diskriminierungssituationen ausgesetzt zu sein, bedeutet Stress. Deshalb gibt es Zentren, an die man sich in Fällen von Diskriminierung wenden kann, zum Beispiel das Psychosoziale Zentrum (PSZ) in Aachen. Das PSZ versucht verschiedene Arbeitsweisen und Methoden parallel einzusetzen. Ich habe in meiner Arbeit ebenfalls direkt mit von Diskriminierung Betroffenen zu tun und werde im zweiten Teil des Vortrags aus konkreten Praxissituationen berichten.

Mboyo Likafu

Die Zielgruppe des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge in Aachen setzt sich einerseits zusammen aus Flüchtlingen (Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, Familien, unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen) und andererseits Migrantinnen und Migranten mit Fluchterfahrungen. In der Arbeit mit unseren Klientinnen und Klienten müssen sowohl die Lebenssituation im Herkunftsland, als auch die im Aufnahmeland in Betracht gezogen werden. Im Herkunftsland waren viele mit Kriegszuständen, Hunger, politischer Verfolgung, Vergewaltigungen, der weiblichen Genitalbeschneidung konfrontiert. Und wenn sie in Deutschland ankommen erwarten sie an-

dere Schwierigkeiten: das Asylbewerberleistungsgesetz, Probleme mit dem Aufenthaltsstatus, Residenzpflicht, erschwerter Zugang zum Arbeitsmarkt, unzumutbare Wohnsituation, eingeschränkte Gesundheitsförderung, Diskriminierung und Gewaltübergriffe.

Durch die Arbeit des PSZ soll die Lebenssituation von Flüchtlingen und MigrantInnen in Deutschland verbessert werden. Gleichzeitig möchten wir auf die Menschenrechtsverletzungen in den Herkunftsländern aufmerksam machen. Ein weiteres Ziel unserer Arbeit ist die Entwicklung und Erprobung neuer Methoden und Ansätze in der Flüchtlingsarbeit.

Wir bieten an erster Stelle Beratung an. Diese schließt die psychosoziale Beratung, die Beratung in Fällen von erlittenen Traumata und die psychologische Beratung ein.

Zudem bieten wir Kunsttherapie und psychologische Einzel- und Gruppentherapie an.

Der Leitgedanke des Psychosozialen Zentrums und somit der Grundsatz unserer Arbeit wird so formuliert:

Die Achtung vor allen Menschen sowie die Anerkennung ihrer Leiden ist die Voraussetzung für Frieden und Freiheit für jeden von uns.

Diesem Leitgedanken folgend bieten wir die Fachberatung für traumatisierte Flüchtlinge an. An dieser Stelle möchte ich den Begriff des Psychotraumas zunächst definieren:

Psychotrauma ist die Folge einer als lebensbedrohlich empfundenen Situation einhergehend mit extremer Hilflosigkeit, Todesängsten, Ohnmacht und Kontrollverlust sowohl als Opfer als auch als Zeuge von Gewalt, die im schlimmsten

Fall den Menschen zerstören kann.

Nach dieser Definition stellt auch Diskriminierung eine lebensbedrohliche Situation dar, eine Situation, in der es zu Psychotraumata kommen kann.

Im Zentrum unserer Traumarbeit steht die Wiederherstellung der Menschenwürde. Dies kann geschehen durch die Heilung des Traumas, wobei die Selbstheilung und Selbsthilfe von entscheidender Bedeutung in diesem Prozess sind. Wir versuchen die Heilung durch Gespräche, Übungen und, in manchen Fällen, durch Vermittlung an andere Fachkräfte herbeizuführen.

Um ein Beispiel aus der Praxis zu bringen: Ein Klient von uns, Herr Y, wurde im Herkunftsland Zeuge beim Tod von Verwandten, erlebte Krieg, Verfolgung, seelische und körperliche Verletzungen, Bombenangriffe, die Flucht. Er ist nun 20 Jahre alt und lebt seit sechs Jahren zusammen mit seinem Bruder und seiner Mutter in der BRD. Er besucht eine Bildungseinrichtung und übernimmt die Rolle des Vaters in der Familie. Der Aufenthaltsstatus ist „Duldung“, die Familie lebt in einem Übergangwohnheim. Erst im Laufe der Sitzungen, nach längerer Zeit, hat uns der junge Mann weitere wichtige Details aus der traumatisierenden Lebenssituation erzählen können, wie die sexuelle Gewalt, von der er uns zum ersten Mal überhaupt erzählt hat.

Die Situation, die sich ihm im Aufnahmeland stellt, konfrontiert ihn parallel zu den traumatischen Fluchterfahrungen mit den Gegebenheiten des Asylbewerberleistungsgesetzes, also mit erschwerem Zugang zu Bildungsangeboten, einer eingeschränkten Gesundheitsförderung, mit Residenzpflicht und einer schrecklichen Wohnsituation (siehe Abbildungen 1-3). Der Duldungsstatus im Aufnahmeland hat empfundene und reale Perspektivlosigkeit zur Folge.



Abb. 1



Abb. 2

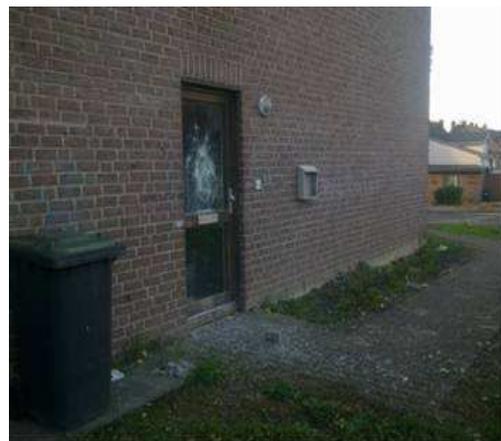


Abb. 3

Herr Y. kam mit folgenden Beschwerden zu uns: Schlafstörungen, Angstzustände, Konzentrationsstörungen, wiederkehrende Bilder der schlimmen Erlebnisse; hinzu kamen Vertrauensverlust und Hoffnungslosigkeit.

Wie gehen wir mit so einer Situation um, wie können wir helfen?

In der Praxis arbeiten wir mit Mitteln der Psychoedukation: Wir sorgen dafür, umfassendes Wissen über Psychotraumata an die Eltern, die Bezugspersonen und die Betroffenen selbst zu übermitteln. Denn das Wissen verschafft Linderung durch das kognitive Erkennen und Verstehen der ganzen schmerzlichen Situation. Dies bildet eine notwendige Voraussetzung, um den Selbstheilungsprozess anzustoßen. Eine große Rolle spielt hierbei Coping. Die Vermittlung von Copingstrategien sorgt für die Aktivierung der persönlichen Fähigkeiten des Einzelnen, mit Belastungen umzugehen.

Es ist unsere Aufgabe, den Betroffenen in der Beratungsstelle einen sicheren Ort zu bieten. Meist ist zudem die Beratungsstelle der einzig sichere Ort.

Wir müssen adäquate Unterstützung bieten, die Selbstheilungsprozesse kompetent begleiten und die notwendigen persönlichen Ressourcen aktivieren und stärken. Wir wollen beim Betroffenen Vertrauen soweit wieder aufbauen, dass er neue Beziehungen schaffen und eingehen kann.

Wichtig ist, dass bei der Beratungsarbeit keine Konfrontation mit dem Trauma stattfindet. Denn die Bearbeitung und Verarbeitung des Traumas ist die Aufgabe der therapeutischen Angebote.

Marie-Theres Aden-Ugdomah

Im ersten Teil meines Vortrags werde ich die Antidiskriminierungsarbeit darstellen und die Frage klären: Rassismus – was ist das? Im zweiten Teil werden wir einen kurzen Film präsentieren, in dem die kindlichen Lebenswelten als Orte rassistischer Diskriminierungserfahrung gezeigt werden. Im dritten

Teil spreche ich dann zum Thema „Trauma“.

Die Kernarbeitsfelder der Antidiskriminierungsarbeit sind die Beratung und Öffentlichkeitsarbeit. Zu den Zielen der Antidiskriminierungsarbeit gehört die Aufdeckung der strukturellen Diskriminierung und Entwicklung von Lösungsansätzen. In NRW gibt es staatlich geförderte Antidiskriminierungsarbeit seit 16 Jahren. Wir streben eine interdisziplinäre Ausrichtung an. Unsere Zielgruppe ist sehr weit gefasst: Alle Bildungs- und Gesellschaftsgruppen können betroffen sein. Die Diskriminierung bedeutet zu unterscheiden, zu trennen.

Die Auseinandersetzungen mit historischen Begebenheiten zeigen, was Rassismus eigentlich bedeutet: Er bedeutet die Aberkennung der menschlichen Würde. Der Rassismus entscheidet darüber, wer überhaupt Mensch ist und wer nicht (Beispiele: Zitate von Kant, Montesquieu etc.) Somit ist Rassismus keine Einschränkung oder Reduzierung der Menschenrechte, sondern schlichtweg ihre Negation.

Vorführung des Films „Es ist doch nur eine Puppe“

Dieser Film ist in Zusammenarbeit mit GGB und ADB entstanden im Rahmen eines Projekts von sechs Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 27 Jahren. Die Projektgruppe stellte sich die Fragen: Wie ist unser Leben in unserer Gesellschaft? An welchen Punkten unserer Biografie können wir uns an rassistische Diskriminierung erinnern? Den Ausgangspunkt für diese Fragestellungen bildete die Studie von Dr. Kenneth Clark aus den 1940er Jahren („The Clark Doll Experiments“), der Kindern jeweils eine schwarze und eine weiße Puppe vorsetzte und beo-

bachtete, dass die Kinder die weiße Puppe meist positiver bewerteten. Im Film wird die kindliche Stigmatisierung in der heutigen Zeit beobachtet und analysiert.

Rassismus und Traumata

Eben Louw

Ich arbeite als Gesundheitspsychologe in Berlin, und bin gebürtiger Südafrikaner. Bis zum Alter von 20 Jahren habe ich Apartheid miterlebt und erfuhr dadurch am eigenen Leib die Folgen, die meine Prägung entscheidend bestimmt haben.

Jetzt leite ich das Projekt „Opra – Gewalt“, eine Anlaufstelle für Opfer rassistischer Gewalt in Berlin. Wir bieten Beratung für Betroffene an, aber nicht nur Traumaberatung, sondern konkrete Unterstützung, Reach Out genannt.

In diesem Vortrag strebe ich eine praxisnahe Darstellung an. Ich werde auf die Fragen eingehen: Wo spielt Alltagsrassismus eine Rolle? Wem ist das Schlimme passiert?

Was Statistik anbetrifft, möchte ich zu Astride Velhos Angaben hinzufügen: von 1999 bis 2009 gab es 137 Sterbefälle durch rechtsextreme Gewalt.

Man denkt zu wenig darüber nach: Rassismus gefährdet **wirklich Leben** und nicht nur die seelische Gesundheit! In letzter Zeit senkt sich die rechtsextreme Gewalt scheinbar ab. Dies ist aber noch nicht sicher und wird diskutiert. Die Summe der Delikte des letzten Jahres – eine vorläufige Zahl - beträgt 648 Fälle. Es wurden von der Polizei 6000 Tatverdächtige ermittelt, nur 300 wurden aber festgenommen und lediglich in 8 Fällen gab es einen Haftbefehl. Dies ist absolut mangelhaft. Der Alltagsrassismus trägt so gesehen zu dieser Spitze des Eisberges bei. Beim race-based traumatic stress gibt es drei entscheidende Faktoren:

1. Die PoC (People of color) haben einen erhöhten Stressfaktor.
2. Die emotionale Verletzung aktiviert häufig

den Bewältigungsmechanismus, da in diesen Fällen ein menschliches Leben gefährdet wird.

3. Angst, Unsicherheit, Entsetzen der Betroffenen treten als häufige Folgen des Rassismus auf.

Weitere zu bedenkende Faktoren sind die Retraumatisierung, die Viktimisierung und die notwenige Hilfestellung.

Ich möchte einige Fälle aus der Praxis schildern.

1. Fall:

Bei einem Mann hat die Polizei die Wohnung durchsucht, dabei wurde er festgehalten und verletzt. Daraufhin trat auch noch die Situation auf, dass der Sanitäter, der ihn behandelt hat, verachtende, verletzende Begrifflichkeiten benutzte.

2. Fall:

Ein Mann wurde auf der Straße von Neonazis angegriffen. Im Krankenhaus kam dazu noch eine Auseinandersetzung mit dem Sanitäter, der meinte: „Hier ist nicht Afrika, du sollst gefälligst ruhig sein und fahren.“

Auf diese und ähnliche Weisen tragen Krankenhäuser und medizinische Eingriffe zur Fortsetzung der Traumatisierung bei. Dazu kommt noch die Viktimisierung. Auch Kriseneinrichtungen sind nicht frei davon.

3. Fall:

Ein Mann arabischer Herkunft wurde durch einen rassistischen Angriff schwer traumatisiert. Auch nach einer Behandlung hörte die Traumatisierung nicht auf und die Situation des Mannes blieb schwierig. Er hatte andauernde Angstzustände und erlebte einmal auf

der Straße ein Flashback mit panikartiger Reaktion. Der Krisendienst konnte ihn nicht verstehen, so wurde der Mann ins Krankenhaus geschickt. Dort fragte man ihn aufgrund seines Akzents sofort nach seinen Papieren, der Krankenversicherung usw. Dadurch wird beim Betroffenen sofort das Gefühl des Andersseins und Nichtdazugehörens erzeugt. Dies verstärkt das Krankheitsbild erheblich.

Bei einer Initiative für psychosoziale Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund müssen vor allem muttersprachliche Therapeutinnen/Therapeuten und Beraterinnen und Berater schnell für Opfer erreichbar sein. Zu den Besonderheiten bei Flüchtlingen und Asylbewerbern gehört, dass ihre Glaubwürdigkeit in kritischen Situationen immer wieder in Frage gestellt wird. Häufig sagen diese Menschen aber auch: „Der Alltagsrassismus ist weniger mein Problem, als dass ich abgeschoben werde“. Aus diesem Grund ist ihre Motivation, die Beratung in Anspruch zu nehmen, sehr gering. Die Frage ist: Wie spricht man diese Menschen an?

Was die Residenzpflicht anbetrifft: Bei gesundheitlicher Versorgung in Berlin kommen manche Menschen wegen der Residenzpflicht gar nicht dazu, die Angebote in Anspruch nehmen zu können. Dem ist noch hinzuzufügen, dass die Opfer von Gewalttaten den Ort des Geschehens und den Täter vermeiden wollen – eine Folge des Traumas. In diesen Fällen findet nämlich die Retraumatisierung durch konstante Konfrontation mit dem Ort und dem Täter statt.

Zu beachten ist außerdem die „fine care traumatisation“ bzw. so genannte Sekundärtraumatisierung. Sie bedeutet, dass ein rassistischer Angriff nie nur auf ein einziges Individuum bezogen ist. Er geschieht oft in Gegenwart von Angehörigen bzw. betrifft die

gesamte ethnische Gruppe aufgrund der möglichen Identifikation mit dem Opfer. Die Zeugen der Gewalttat leiden ebenfalls unter dem Angriff mit. Um das mit einem Beispiel aus der Praxis zu demonstrieren:

4. Fall:

Ein Mann wurde von Nazis auf die Gleise geworfen. Zwei Zeugen des Geschehens schafften es, ihn zu retten bevor der Zug einfuhr. Einer der beiden Zeugen (dunkelhäutig) hatte viel länger damit zu kämpfen als das eigentliche Opfer. Bei ihm traten nach dem Vorfall (obwohl er nicht das direkte Opfer des Übergriffes war!) generalisierte Anspielungen als Folge auf: Er bekam Angst vor Zügen jeglicher Art, Straßenbahnen etc.

Wie in diesem Beispiel wird bei rassistischen Angriffen die gesamte Gruppe zum Opfer. Auf diese Weise schon wenn man ein Bericht von einem Angriff in der Zeitung liest, identifiziert man sich bei entsprechenden Umständen automatisch mit dem Opfer. Es wird leider oft übersehen, dass Betroffenheit sich viel weiter ausdehnt als auf direkt Betroffene.

Ein anderes Beispiel ist die Sarrazin-Debatte. Sie wurde in Berlin viel beleuchtet. Die Traumatherapiegruppe bei Opra zeigte eine starke Reaktion: Die Desillusion und Angst sind von neuem stark ausgebrochen; Menschen fühlten sich plötzlich wieder unsicher – bis hin zum Ausreisewunsch, Selbstmordgedanken, Gefühl von komplettem Sicherheitsverlust.

In Berlin besteht ein großer Bedarf an BeraterInnen. Als Menschen mit Migrationshintergrund sind die Beraterinnen und Berater auch Betroffene. Sie werden von Opfern mit einbezogen. Ich möchte an dieser Stelle meinen ausdrücklichen Wunsch aussprechen,

dass zu diesem Thema mehr geforscht wird, um heraus zu finden, wie diese Übertragung (von Opfer auf Berater) geschieht. Ich plädiere außerdem für eine Supervision für diese Berufe. Wir müssen wissen: Was brauchen die PoC-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Um sie bei ihrer Arbeit unterstützen zu können.

In der Befragung der Gruppe unserer Klienten und Klientinnen stellte sich heraus: Was ihnen fehlte war vor allem auch social support – die soziale gesellschaftliche Unterstützung – und nicht nur die Anerkennung ihrer Geschichte. Der Gewalt ausgeliefert sind am häufigsten junge Männer afrikanischer Herkunft oder Studenten, die allein hier sind. Und gerade für diese Klientel gibt es so gut wie gar keine Unterstützung.

In der Gruppe bei Opra wird den Opfern Selbstbewusstsein und Anerkennung gegeben. Durch die Gruppenarbeit entwickelt sich bei Betroffenen eine positive Grundeinstellung. In der Gruppe muss die soziale Unter-

stützung kreierte werden, um die Mitte zu finden und das Selbstbewusstsein wieder zu erlangen.

5. Fall:

Ein anderer Fall aus der Praxis: Unser Klient, der seit zwei Jahren in der Gruppe gearbeitet hat. Als er zu uns kam, erzählte er, dass von anderen seine Erfahrungen nicht anerkannt wurden. Er wurde von einem Ladendetektiv beschimpft und beleidigt (völlig grundlos, denn er hatte nichts gestohlen). Nach drei Jahren trat bei ihm eine Veränderung auf. Der Klient wurde in der S-Bahn von einem Weißen verbal angegriffen und beleidigt („Geh raus, sonst wird’s hier dunkel“), blieb dabei aber gefasst und selbstsicher und konnte sich ganz ruhig verteidigen: „Nö, ich fühl mich hier wohl. Geh du raus, wenn’s dir nicht passt. Ich fühl mich gut und lass mir das von niemandem nehmen.“

Podiumsdiskussion mit den Referentinnen und Referenten

Dr. Nivedita Prasad (N. P.), Astride Velho (A. V.), Marie-Theres Aden-Ugbomah (M. A.-U.), Eben Louw (E. L.) und Publikum (P)

Moderator: Sedat Sari (S. S.)

In den Pausen wurden folgende Fragen für die Diskussion gesammelt:

1. Braucht man/frau eine traumatherapeutische Ausbildung, um interkulturelle Lebensberatung anbieten zu können?
2. Opferrolle
3. Positive Diskriminierung
4. Wie integriert Ihr polarisierende Themen, z. B. „Rassistische Erfahrungen“, in lösungsorientierte Gespräche?
5. Welche besonderen Aspekte sollen berücksichtigt werden bei schambesetzten Themen? (Zeit, Setting, Altersgefälle z. B.)
6. Ist die Hervorhebung kultureller oder naturwissenschaftlicher Leistungen der eigenen „Gruppe“ sinnvoll?
7. Vergessene Ausgrenzung: Deutsche Muslime werden zu den „Anderen“ gemacht!
8. Frage zur Gesundheitsberichterstattung: Zur Gesundheitsberichterstattung zu/über „Menschen mit Migrationshintergrund“ sind Daten noch eben wenig erhoben. Hier wird damit gerade in den letzten Jahren erst begonnen. Führt dies aus Ihrer Sicht eher zu einer Stigmatisierung oder zur Sensibilisierung für gezieltere Angebote. In einigen Ländern Europas ist die Erhebung solcher Daten verboten, in anderen wird sie praktiziert.
9. Zum Film: Wie sehr sind Kinder durch die sichtbare Umgebungsgesellschaft bei den Antworten geprägt, sprich: Wen finden sie als sichtbare Vorbilder in ihrer nächsten Umgebung/Fernsehen etc. Wie wäre

der Versuch mit weißen Kindern in einer schwarzen Umgebung (Afrika) ausgefallen? Anders gesagt: Wir brauchen viele sichtbare Identifikationsvorbilder!

10. „Migrationshintergrund“ ist eine rassistische Diskriminierung und Markierung.
11. Keine Individualisierung der Diskriminierungserfahrung – aber wie vertrete ich die individuellen Interessen der Klientinnen und Klienten?
12. Wie könnte man erreichen, dass mehr Therapeutinnen und Therapeuten (ärztliche und psychologische) eine Kassenzahlung erhalten, damit Migrantinnen und Migranten die Möglichkeit zur Kostenübernahme einer kultursensiblen Psychotherapie erhalten?
13. Lachen an den falschen Stellen.
14. Machen Diskriminierung und Rassismus stumm? Oder anders gefragt: Können Rassismus und Diskriminierung das Erlernen der Landessprache verhindern trotz Integrationskurs?
15. Wird der Film „Nur eine Puppe“ verliehen und wenn ja, wo?
16. Wie wird ein Antidiskriminierungsbüro finanziert?
17. Umfeld Veranstaltung (Orga)

Zur Frage 14: Machen Diskriminierung und Rassismus stumm? Oder anders gefragt: Können Rassismus und Diskriminierung das Erlernen der Landessprache verhindern trotz Integrationskurs?

N. P.: Weil ich nachmittags die Geschichte von Frau Werth so schön fand, erzähle ich jetzt eine aus eigener Erfahrung. Als ich zu Besuch in ... war, musste ich feststellen, dass 80 % der Bevölkerung Migranten sind. Folglich spricht dort die größte Gruppe Indisch-

Pakistanisch und kein Arabisch. Ich sprach mit einem sehr gebildeten Mann, der kein Wort Arabisch sprach und er sagte zu mir – das werde ich nie vergessen – „Sie behandeln mich wie einen Hund, warum soll ich ihre Sprache lernen?“ Es besteht in solchen Fällen einfach keine emotionale Zuneigung zur Sprache. Dort ist es mittlerweile sogar umgekehrt: Die Bewohner müssen Hindi lernen. Die Einstellung ist: Wenn die Gesellschaft mir so viel nimmt bzw. mein Aufenthaltsstatus ungeklärt ist, warum soll ich dann die Landessprache lernen?

M. A.-U.: Ja. Menschenrechtsverletzungen und Grausamkeiten können entweder gar nicht oder nur sehr schwer in Worte gefasst werden. Es ist deshalb auch schwierig die Sprache zu erlernen, die man zur Verständigung braucht.

Zur Frage 5: Welche besonderen Aspekte sollen berücksichtigt werden bei schambe-setzten Themen? (Zeit, Setting, Altersgefälle z. B.)

N. P.: Ich habe in meiner Praxis häufig mit solchen Themen zu tun. Man muss unbedingt auf Gender achten. Wenn eine Frau über schmerzliche Gewalterfahrungen spricht, dann ist die Beraterin bei uns auch immer eine Frau. Außerdem spielt das Alter eine große Rolle. Wir hatten z. B. eine junge Beraterin, die bei uns tätig war, und es zeigte sich, dass ältere Frauen sich schämten, ihr gegenüber schlimme Sachen zu erzählen. Und wir versuchen, nicht als Akademikerinnen rüber zu kommen. Es spielt natürlich immer eine Rolle, wie man sich ausdrückt. Über die Sprache Gleichheit herzustellen, ist wichtig. Eine andere ganz wichtige Regel ist

bei uns: Die Sprachmittlerinnen dürfen keine Geheimnisse mit KlientInnen haben. Die Dreierkonstellation (BeraterIn – SprachmittlerIn – KlientIn) ist natürlich schwierig und man darf auf keinen Fall Informationen verbergen. Das wird im Vorhinein abgesprochen, alle drei wissen das. Wenn die Klientin etwas nicht erzählen möchte, ist das in Ordnung, aber nicht unter vier Augen nur der Sprachmittlerin erzählen. Das geht nicht. Bestimmte Grenzen müssen eingehalten werden. Eine wichtige Leitlinie ist: Nie etwas machen, was die Klientin vorher nicht weiß! Alles muss im Vorhinein abgesprochen werden, damit die Frau das Gefühl von Kontrolle über die eigene Lebenssituation bekommt. Sie muss auch immer die Möglichkeit haben, ihre Wahl eigenständig zu treffen und demnach zu handeln, auch wenn der/die Berater/in das Verhalten ungesund findet. Noch etwas: Das sexuelle Vokabular muss von BeraterInnen und SprachmittlerInnen zu Hause vor dem Spiegel gezielt geübt werden, damit sie alles ohne Scham und ohne rot zu werden aussprechen können.

E. L.: Bei uns kommen oft Männer mit Kindern in die Beratung. Wenn man als Vater vor den Augen des Kindes zusammengeschlagen wurde, ist es mit viel Scham verbunden. Es ist in diesen Fällen wichtig, den Vater zu achten und ihn zu nichts zu zwingen, damit er sein Gesicht vor dem Kind nicht verliert.

M. A.-U.: Es ist immer wichtig, wie Frau Dr. Prasad gesagt hat, die Vertrautheit herzustellen. Es muss die Kontinuität in Person des Beraters/der Beraterin gewährleistet sein. Die Räumlichkeiten/die Ausstattung müssen zum Wohlbefinden der KlientInnen beitragen. Beim Gespräch muss man immer ungestört

bleiben können. Und auf keinen Fall darf der/die Berater/in die berichteten Erfahrungen in Frage stellen! Immer anerkennen und bestärken. Leiderfahrungen nicht relativieren.

S. S.: Ich bildete viele Jahre SprachmittlerInnen aus und da kann ich auch Frau Dr. Prasad nur zustimmen: Die schwierigen Themen müssen vor dem Spiegel geübt werden. Die ursprüngliche Funktion von SprachmittlerInnen war es, die Kinder zu entlasten. Die Supervision/Psychohygiene von SprachmittlerInnen ist sehr wichtig.

N. P.: Bei rassistischer Diskriminierung ist nicht nur wichtig, das Erzählte einfach so stehen zu lassen, sondern dem auch Glauben entgegen zu bringen. Bei Alltagsrassismus muss das Gefühl Anerkennung finden, denn anders ist dieses Phänomen oft nicht nachweisbar: Wir müssen das Gefühl stehen lassen, auch wenn's für das Gegenüber schwer ist, es zu akzeptieren.

P: Ich komme aus Duisburg. Dort ist unsere Organisation die Endstation für die Menschen, die schon alle möglichen Beratungsstellen abgeklappert haben, ohne dass ihre Geschichte anerkannt wurde. Es wird uns ganz häufig erzählt, man glaubt den Betroffenen nicht. In Deutschland gibt es zu wenig Stellen für rassistische Diskriminierung und sie müssen dann alles auffangen.

S. S.: Wir hatten bei uns einen türkischen Patienten, bei dem viele Therapeuten vorher eine „leichte Psychose“ diagnostiziert haben. Es ging um die Muska, eine mit Fluch bzw. Zauber belegte Puppe, und wer weiß, wovon ich spreche, der versteht, dass Muska einen festen Bestandteil der türkischen Kultur bildet. Bei diesem Mann kam es zu ständiger Retraumatisierung durch wiederholtes Erzählen und Nichtanerkennen dieser Situation.

Erst beim fünften Therapeuten wurde er ernst genommen. Die Empathie und Anerkennung ist das Wichtigste in diesen Berufen.

Zur Frage 3: Positive Diskriminierung (Moderator bietet den Verantwortlichen, sich zu melden und die Frage zu präzisieren.)

P: Mir ist dieser Begriff immer wieder begegnet. Ich meine die Diskriminierung mit positiven Begriffen, die Diskriminierung durch Unwissenheit. Im sozialen Bereich rutscht man oft dahin, aber nicht mit bösen Gedanken.

A. V.: Rassismus hat viele verschiedene Aspekte, z. B. die Exotisierung gehört auch dazu. Das sind Muster und Stereotype, die seit der Kolonialzeit etabliert wurden. Dieser Themenkomplex ist wichtig zu beachten im Kontext des Multikulturalismus: Die Betonung der Kultur greift häufig auf Stereotype zurück, und das wird verwechselt mit Wertschätzung. Diese „exotischen“ Kulturen sollen diese Gesellschaft hier bereichern, wir wollen davon profitieren. Das sind alles respektlose Praxen. Ein Beispiel, das man in der praktischen Arbeit nutzen kann, ist das interkulturelle Frühstück im Kindergarten. Die Kinder, die in Wirklichkeit wahrscheinlich nur Nutella oder Cornflakes essen, müssen recherchieren, was im Land ihrer Großeltern gegessen wurde, um die „eigene“ Kultur darzustellen. Sie werden zu „Fremden“ konstruiert.

P: Das Problem ist, dass unser Kulturbegriff nicht dynamisch ist. Die Kultur aber ist nicht statisch. Alle müssen in dem Prozess bereichert werden.

M. A.-U.: Positive Diskriminierung ist die einseitige Beschreibung. In Bezug auf Kinder und Jugendliche bedeutet es, dass ihre Vorbilder durch positive Zuschreibungen auf

wenige Eigenschaften reduziert werden (z. B. Sportler, Musiker), denen sie dann selbst nacheifern und mit denen sie sich identifizieren sollen. Diese Einseitigkeit ist fatal für die Entwicklung von jungen Menschen. Die Jugendlichen erfahren sich nicht mehr als wandelbar und können das selbst außerdem meistens noch schwer bemerken oder differenzieren, „ist doch alles positiv, was da gesagt wird“.

P: Ich bin eine starke Vertreterin der Waldorfpädagogik. Für Rudolf Steiner war Liebe gleich Interesse für den Anderen. Was bedeutete, den Anderen nicht zu vereinnahmen, sondern sich für ihn zu interessieren. Ihn so lassen, wie er ist – ist Liebe. Das aufrichtige Interesse für die Andersartigkeit...

M. A.-U.: Rudolf Steiner muss kritisch beleuchtet werden. Es ist schwierig, das Andersartige auszuhalten. Aber was ist denn das „Andere“? Rassistische Handlungen spiegeln sich in Worten wieder, wie z. B. „andersartig“. Ohne dass es uns bewusst wird, operieren wir damit.

P: Ich weiß, ich habe selbst drei binationale Kinder. Ich kenne die Schwierigkeit, sich dem Andersartigen zu stellen...

M. A.-U.: Mein Plädoyer: Es gibt keine Andersartigkeit.

P: Ich war am Vormittag leider nicht bei den Vorträgen. Warum wird ein so großes Problem daraus gemacht, anders zu sein? Ich habe z. B. eine andere Muttersprache. Mittlerweile habe ich Angst, andere zu fragen, woher sie kommen. Ich habe kein Problem damit, anders zu sein.

E. L.: Bevor gleich eine ganz heftige Diskussion ausbricht, zurück zur Frage. Ein Beispiel aus der Praxis. Wir hatten einen Mann, den keiner ernst genommen hat. Er sprach nie darüber, sondern brach gleich in einen Konflikt aus. Er meinte: Keiner traut sich, mit mir in Konflikt zu gehen...

N. P.: Es ist sehr schade, dass Sie bei den Vorträgen nicht dabei waren. Die Frage, woher ich komme, ist vielleicht für mich ok. Aber für meine Tochter, die hier geboren wurde, völlig absurd. Diese Frage macht immer etwas mit der Identität des Menschen und ist nicht wertneutral. Für manche Menschen kann diese Frage schwierig sein, weil jede Diskussion damit anfängt. Ein richtiges Problem ist diese Frage vor allem dann, wenn jemand durch sie aufgrund seiner Hautfarbe als außerhalb der Gesellschaft markiert wird.

S. S.: Wie wir schon in den Vorträgen gehört haben, kann der Sprachgebrauch sehr verletzend sein. Die starke Empathie ist sehr wichtig bei der psychotherapeutischen Ausbildung: zuerst immer den Menschen sehen...

P: Ich bin eine gebürtige Jugoslawin. Dort werde ich immer als Deutsche gesehen, also nicht als Jugoslawin anerkannt, und hier umgekehrt. Aber ich habe trotzdem kein Problem damit, dass man mich fragt, woher ich komme. Wieso wird das immer so ernst genommen?

P: Mich stört diese Frage. Nie ist sie böse gemeint, wird aber trotzdem jedes Mal gestellt. Wieso werde ausgerechnet ich das immer wieder gefragt? Meine weißen Freunde aus Osteuropa z. B. nicht, obwohl sie ganz schlecht Deutsch sprechen, aber ich ständig.

N. P.: Jedenfalls sollte man diese Frage nie im Beratungsgespräch stellen. Man kennt nicht den Hintergrund und es ist einfach kein guter Anfang. Vielleicht können wir uns darauf einigen.

Neue Frage aus dem Publikum: Mich würde mal interessieren, wie das von Leuten im Kontext der Tagung bewertet wird: Ich war vor Jahren im Ausland und habe dort gearbeitet. Und die Menschen dort haben mein Anderssein zwar thematisiert, aber nie war es ein Problem. Das Menschsein stand für sie immer im Vordergrund, und wenn ich heute höre, dass diese Menschen z. B. als „bildungsfern“ bezeichnet werden, dann möchte ich am liebsten wieder zurück gehen und dort leben.

M. A.-U.: Ich bekomme auch ganz häufig Rückmeldungen aus therapeutischen Settings, dass die Therapeutinnen und Therapeuten nicht wertfrei sind. Und das ist klar, weil sie natürlich auch ein Teil dieser Gesellschaft sind und hier sozialisiert wurden. In der therapeutischen Ausbildung werden die rassismuskritischen Themen auch nicht unbedingt beleuchtet, das kommt eher selten vor. Und es ist natürlich dann auch fraglich, ob sie überhaupt Therapien mit Betroffenen durchführen können.

S. S.: Ich finde, das ist ein Beruf, für den man berufen sein muss. In meinem Institut, muss ich aber sagen, wurde viel Wert auf diese Zwischentöne gelegt, jedoch deutschlandweit ist es vielleicht noch eine seltene Erscheinung.

M. A.-U.: Und es geht nicht nur um die Ausbildung, sondern um das gesamte therapeutische Instrumentarium. Denn es ist auch ein Kulturprodukt. Wir müssen geeignete Metho-

den finden, um die zugewanderten Menschen in ihrer Ganzheit zu erfassen.

P: Zur Ergänzung: Diese Instrumente sind keine statischen Handwerkswerkzeuge, sondern die ganze Behandlung steht und fällt mit Selbstreflexion, Selbstarbeit des Therapeuten, denn er muss sich vor allem auch mit seinen eigenen Mustern und Denkstrukturen auseinandersetzen.

S. S.: Dem kann ich nur zustimmen.

Zur Frage 12: Wie könnte man erreichen, dass mehr Therapeutinnen/Therapeuten (ärztliche und psychologische) eine Kassenzahlung erhalten, damit MigrantInnen die Möglichkeit zur Kostenübernahme einer kultursensiblen Psychotherapie erhalten?

E. L.: Zur Kassenzahlung kann ich nicht direkt etwas sagen. In Berlin versucht man die Anerkennung europäischer Abschlüsse in Deutschland zu erleichtern. Die Willkür der Entscheidung, wer als Therapeut/in fungieren darf und wer nicht, soll dabei überprüft werden. Wie es in der Praxis aussieht, ist diese Entscheidung oft von jeweiligen Beamten abhängig. Andererseits ist es für viele Betroffene viel einfacher, sich an eine beratende Einrichtung zu wenden, wenn dort PoC beschäftigt sind.

P: Das deutsche Gesundheitswesen ist sehr komplex. Auch das System der Mittelvergabe ist sehr komplex. Man müsste eigentlich jeden einzelnen Fall spezifisch betrachten, um hier Lösungsvorschläge zu finden. Es fehlen aber definitiv, z. B. bei Menschen im Reha, Fachkräfte mit Migrationshintergrund, das wird immer wieder betont.

N. P.: Die ReachOut-Projekte haben ja auch Stellen für Psychotherapeuten. Am besten wäre es, wenn die Antidiskriminierungsbüros auch feste Stellen für diskriminierungssensible Psychotherapeuten/-therapeutinnen einrichten/beantragen würden.

M. A.-U.: Ja, in Berlin funktioniert so etwas immer gut. Aber das ist eben Berlin und nicht NRW.

P: Na ja, in NRW gibt es aber auch noch gute Sachen, wenn man es z. B. mit Niedersachsen vergleicht. Die Vertreter der Krankenkassen konnten heute zu unserer Tagung leider nicht erscheinen, sie haben alle viele andere Termine.

N. P.: Die Gesetze in Deutschland sind zwar problematisch, aber es gibt hier auch Menschenrechte. Ein Fall aus der Praxis: Eine Frau hat aufgrund schlechter Sprachkenntnisse im Krankenhaus ein Papier unterschrieben, mit dem sie unter anderem ihrer Sterilisation zugestimmt hat. Nachdem diese Operation durchgeführt wurde, ist die Betroffene mit diesem Fall bis zum UN-Rat gegangen und hat letztendlich den Prozess gewonnen und es wurde auch noch publik, sehr zum Nachteil des Landes, in dem die Operation stattfand. Das internationale Recht beinhaltet ja vor allem das Recht auf Rechte. In Deutschland gibt es im Krankenhausbereich daher eine Regelung, die besagt, dass die Patientinnen/Patienten ein Recht auf Dolmetscher und bestimmten Zeitraum für die Übersetzung haben. Weil der Zugang zum Gesundheitssystem auch Verständlichkeit mit einschließt. Und es ist die Pflicht des Staates, diesen Zugang zu gewährleisten.

P: Vielleicht kennt jemand diesen Fall mit der

Verweigerung der Herztransplantation aufgrund fehlender Sprachkenntnisse. Da gibt es jetzt eine neue Regelung der Ärztekammer. Wollte ich nur als Gegenbeispiel anbringen.

P: Ich komme selbst aus Iran und habe auch Diskriminierungserfahrungen. Im Iran erlebe ich ähnliche alltägliche Erfahrung der Andersartigkeit wie in Deutschland. Auch Diskriminierungsopfer können andere diskriminieren. Zum Film wollte ich noch mal sagen, dass ich ihn sehr gut fand und ich hoffe, er wird so oft wie möglich gezeigt, aber bitte ohne Musik. Den musikalischen Hintergrund fand ich nämlich sehr störend, weil er bei mir persönlich sehr stark die Assoziation hervorgerufen hat, dass ich jetzt Mitleid mit diesen Kindern haben muss, und das finde ich nicht gut. Man soll die Menschen respektieren, statt sie zu bemitleiden.

M. A.-U.: Danke, ein sehr interessanter Hinweis. Den nehme ich zur Kenntnis. Ich habe zwar wenig mit dem Film zu tun, er ist, wie gesagt, ein Projekt einer Jugendgruppe, ich selbst war nur begleitend dabei. Aber ich werde Ihre Meinung gern weiter leiten.

Zur Frage 15: Wird der Film „Nur eine Puppe“ verliehen und wenn ja, wo?

M. A.-U.: Nein, der Film wird nicht verliehen, das hängt mit seinem Hintergrund zusammen. Im Nachhinein gab es in der Gruppe der Autoren kontroverse Diskussionen, weil die Gefahr gesehen wurde, dass mit dem Film zu viel Intimität preisgegeben wird. Die Kinder werden in einer sehr verletzlichen Art gezeigt, das darf nicht ohne Weiteres in der Öffentlichkeit zur Schau gestellt werden. Diese Kinder und ihre Erfahrungen müssen geschützt werden. Deshalb zeige ich den Film

nur im Rahmen solcher Veranstaltungen und Tagungen, wo ich persönlich anwesend bin, wo ich weiß, was das für ein Raum ist, und dass da Leute sind, die sich damit beschäftigen, und wo ich selbst etwas dazu sagen kann.

A. V.: Alternativ kann ich zu dem Thema den Film „Perspektivwechsel“ aus München empfehlen. Er ist über Bibliotheken ausleihbar. Dort werden Rassismuserfahrungen in der Schule thematisiert und die Clark-Experimente werden auch dargestellt. Man kann sehr gut damit arbeiten, finde ich.

Zur Frage 2: Opferrolle

S. S.: Könnte die Person, die die Frage formuliert hat, das bitte noch einmal präzisieren?

P: Ich meinte die Passivität und Hilflosigkeit der Opfer von Diskriminierung und ihre häufige Fokussierung auf der Opferrolle. Ob Sie das in der Praxis auch erleben und wie Sie damit umgehen?

M. A.-U.: Ich verstehe Sie nicht ganz, könnten Sie diese Frage bitte noch mal genauer erläutern? Welche Opferrolle meinen Sie?

P: Na ja, die Opfer von Diskriminierung sind doch oft passiv und stark in ihrer Opferrolle gefangen?

M. A.-U.: Das sehe ich anders. Schon die Formulierung der Diskriminierungserfahrung ist doch eine höchst aktive Handlung. Und die Wut ist auch eine sehr aktive Reaktion. Das als passiv zu betrachten, ist ganz falsch.

P: Es kommt aber doch häufig vor, dass Therapeuten die Opfer des Rassismus als passiv betrachten und deshalb für sie das Handeln übernehmen?

P: Ich glaube, wir müssen mal unterscheiden, was „Opfer sein“ und „betroffen sein“ heißt.

E. L.: „Opfer“ ist sowieso ein problematisches Wort. In erster Linie haben wir immer mit Menschen zu tun, denen rassistische Diskriminierung und/ oder Gewalt passiert ist. Es ist schwer, dafür einen guten Begriff zu finden. Wichtiger als die Bezeichnung ist allerdings, was man mit den Menschen macht. Bei einer Empowerment-Haltung des Therapeuten sollte es nicht zu Problemen kommen. „Opfer“ ist auch ein philosophisches Problem. Wichtig ist, dass ich meine eigene Betroffenheit auch immer sehe. Wenn ein anderer das Opfer ist, bin ich nämlich automatisch raus. Aber Opfer können auch zu Tätern werden, das ist ebenfalls bekannt. Der Begriff „Opfer“ hängt also immer vom Betrachter ab. Für mich sind wir alle Opfer und Täter gleichzeitig.

A. V.: Natürlich brauchen wir die Begriffe zur allgemeinen Verständigung. Aber man muss als Therapeut vor allem immer die Dimension der Verletzung anerkennen. Man muss sehen: Eine Frau wurde hier ein Opfer, d. h. ein Ziel von Gewalt. Wenn diese Dimensionen von Verletzung nicht anerkannt werden, na ja...

S. S.: Ich finde, das können wir sehr gut als Schlusswort stehen lassen. Wir sind schon ein kleines bisschen über der Zeit und deshalb würde ich an dieser Stelle diese aufregende Diskussion leider beenden wollen. Vielen Dank an alle.

Schlussworte

Monika Sander

Ich möchte mich auch herzlich bei allen bedanken, insbesondere vielen Dank an unsere Referentinnen und Referenten.

Ligita Werth

Ich schließe mich an und bedanke mich außerdem bei unseren Kooperationspartnern, der Stadt Bonn, dem Landschaftsverband Rheinland, dem Verpflegungsdienst „Kostbar“ und dem Caritas-Verband Bonn.

Sanata Nacro

Und vielen Dank auch an das Publikum und vor allem der geballten Expertise zu meiner Linken. Ich bin sehr glücklich darüber, wie unsere Tagung verlaufen ist und zwar vor allem über die verschiedenen Aspekte des Themas, die heute zur Sprache kamen. In meinem Kopf schwirren gerade ganz viele Gedanken, es muss sich alles noch einmal setzen und dann müssen wir uns überlegen, wie man das alles in konkrete Projekte in Köln/NRW umsetzen kann. Vielen Dank von mir auch an unseren Moderator Sedat Sari.

Referentinnen und Referenten

Marie Theres Aden-Ugbomah

Pädagogisches Zentrum Aachen e.V.
Mariahilfstraße 16
52062 Aachen

Friedhelm Kitzig

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
Hermann-Pünder-Straße 1
50679 Köln

Eben Louw

Psychologische Beratung
Für Opfer rechtsextremer, rassistischer & antisemitischer Gewalt
Oranienstr. 159
10969 Berlin

MBoyo Likafu

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
c/o Pädagogisches Zentrum Aachen e.V.
Mariahilfstraße 16
52062 Aachen

Sanata Nacro

Antidiskriminierungsbüro (ADB) Köln
Berlinerstr.97-99
51063 Köln

Jürgen Nimptsch

Oberbürgermeister
Altes Rathaus
Markt
53111 Bonn

Dr. Nivedita Prasad

Ban Ying e.V.
Anklamer Straße 38
10115 Berlin

Sedat Sari

Arbeiterwohlfahrt / Bezirksverband Mittelrhein e.V.
Integrationsagentur
Venloer Wall 15
50672 Köln

Monika Sander

SPKoM Westliches Rheinland im SPZ der StädteRegion Aachen-Stolberg
Eschweilerstr. 60,
52222 Stolberg

Astride Velho

Hochschule München
Lothstr. 34
80335 München

Ligita Werth

SPKoM Südliches Rheinland
Arbeiterwohlfahrt (AWO) Kreisverband Bonn/Rhein-Sieg
Spinnerweg 51-54,
53783 Eitorf