

Migration und Beratung – Eine eröffnende Perspektive

Wilhelm Körner, Gülcan Irdem & Ullrich Bauer

Die eröffnende Perspektive soll Grundbegriffe der Debatte erläutern und damit eine erste thematische Orientierung bieten. Wir stellen zunächst grundlegende Trends in der Betrachtung des Migrationsthemas vor und wollen exemplarisch die Bedeutung von Beratung im Rahmen von sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen erörtern.

1 Worüber sprechen wir, wenn wir von Migration reden?

Migration ist zu einem Querschnittsthema unserer Gesellschaft geworden. Mit der Veränderung der Bevölkerungsstruktur in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich auch die gesellschaftliche Wahrnehmung von Migrationsströmen geändert. Seit inzwischen über einem Jahrzehnt versteht sich auch die Bundesrepublik als ein Einwanderungsland. Neben dem inzwischen »klassischen« Migrationstypus der Arbeitsmigration der 1950er bis 70er Jahre sind ab den 1980er Jahren die wirtschaftliche, Flucht- und Asylmigration in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, im Anschluss das Brain-Drain (die akademische Arbeitsmigration), die Heiratsmigration, der Familiennachzug und die Prostitutionsmigration (Oswald, 2007). Aktuell sprechen wir auch von Pendel- oder Transmigration und erleben damit, dass der Blick auf das Phänomen der Migration als langfristige Veränderung eines dauerhaften Wohnsitzes unscharf geworden ist. Ein individueller Wohnsitz kann demnach dauerhaft instabil sein (Bommes, 2002; Pries, 2001).

Das Statistische Bundesamt unterscheidet auf Grundlage der Berechnungen des jährlichen Mikrozensus Bevölkerungsanteile, die mit dem Begriff »Migration« verbunden werden, in inzwischen sehr differenzierter Form (Statistisches Bundesamt, 2011). Danach lassen sich Lebensbedingungen, die mit einer eigenen oder familialen Migrationserfahrung verbunden sind, wie folgt unterscheiden (► **Tabelle 1**).

Tab. 1: Ausprägungen des detaillierten Migrationsstatus (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 7. Eigene Darstellung).

1	Deutsche <i>ohne</i> Migrationshintergrund
2	Personen <i>mit</i> Migrationshintergrund im weiteren Sinn insgesamt
2.1	Migrationshintergrund nicht durchgehend bestimmbar
2.2	Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn insgesamt nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1	Personen mit eigener Migrationserfahrung (Zugewanderte) insgesamt nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.1	Ausländer nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.2	Deutsche nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.2.1	(Spät-)Aussiedler nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.1.2.2	Eingebürgerte nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2	Personen ohne eigene Migrationserfahrung (nicht Zugewanderte) insgesamt nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.1	Ausländer (2. und 3. Generation) nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.2	Deutsche nach Staatsangehörigkeit einschließlich »ohne Angabe«, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.2.1	Eingebürgerte nach Staatsangehörigkeit, nach Alter oder Aufenthaltsdauer
2.2.2.2.2	Deutsche mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil
2.2.2.2.2.1	mit beidseitigem Migrationshintergrund
2.2.2.2.2.2	mit einseitigem Migrationshintergrund

Das Statistische Bundesamt (2011, S. 7f.) spricht von einem Anteil von 16,0 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Dies sind 715 000 Personen mehr als im Jahr 2005. Im gleichen Zeitraum ist hingegen die Bevölkerung insgesamt um 561 000 Personen zurückgegangen (von 82,5 auf 81,9 Mio.), die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund sogar noch in einem höheren Maße um 1 276 000 (von 67,1 auf 65,9 Mio.) Personen. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in der Folge von 18,6 % auf 19,6 % angestiegen. Dabei fällt auf, dass sich der Anteil der Bevölkerung in den unterschiedlichen Altersstufen verändert (► **Abb. 1**). Er verbreitert sich in den jüngeren Alterskohorten (im Altersdurchschnitt 34,6 gegenüber 45,6 Jahren), wir können somit von einer dauerhaften und nachhaltigen Implementierung des Migrationsthemas in der deutschen Bevölkerungsstruktur sprechen.

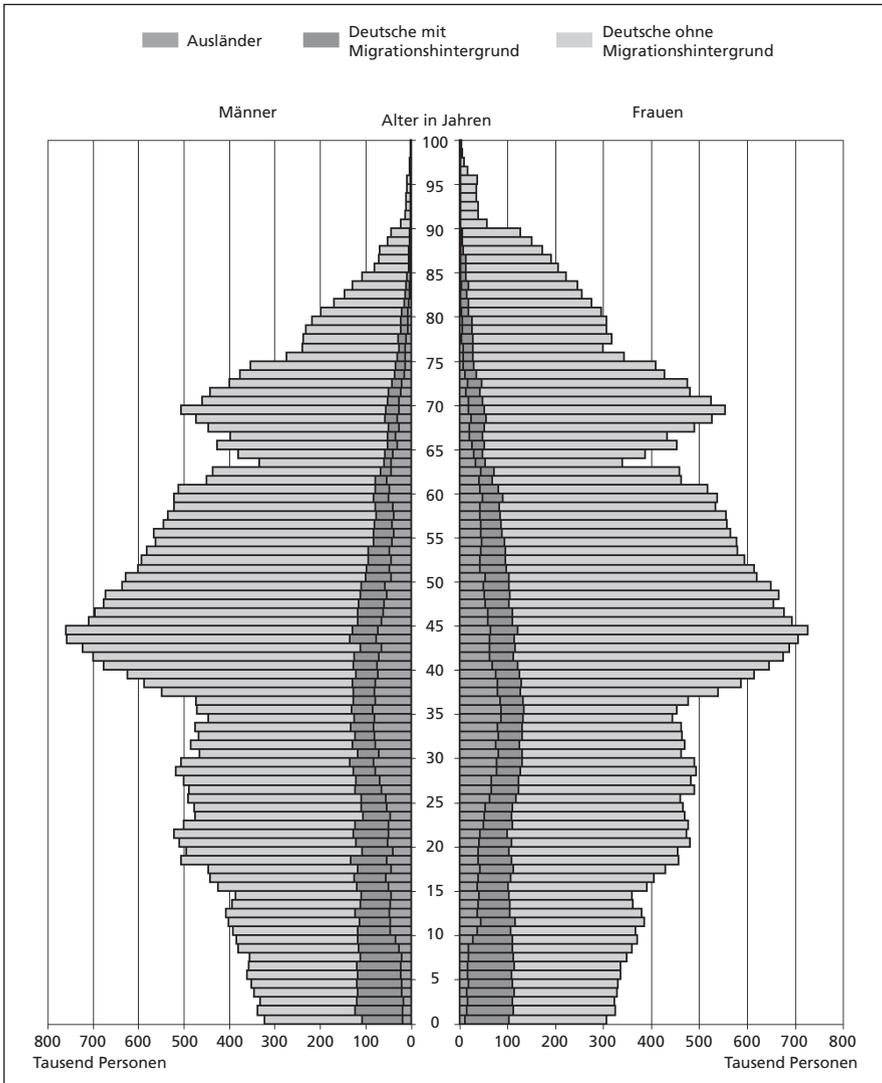


Abb. 1: Zwei Alterspyramiden, 2009, nach Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2, Migration in Deutschland 2011, S. 14f.).

Von den Personen mit Migrationshintergrund machen Ausländerinnen und Ausländer (also Personen ohne deutschen Pass) 7,2 Mio. oder 8,8 % der Bevölkerung, die in Deutschland Eingebürgerten dagegen mit 8,8 Mio. oder 10,8 % der Bevölkerung mehr als die Hälfte aus (hier wie im Folgenden: Statistisches Bundesamt, 2011). Mit 10,6 Mio. stellen die seit 1950 Zugewanderten mit eigener Migrationserfahrung zwei Drittel aller Personen mit Migrationshintergrund dar. Die in Deutschland geborenen Personen ohne eigene Migrationserfahrung haben sich

in ihrer Zusammensetzung verändert: Ausländerinnen und Ausländer stellen mit 1,6 Mio. weiterhin 2 % der Bevölkerung, »die Zahl der hier geborenen Deutschen mit Migrationshintergrund hat sich gegenüber 2008 aber um 189 000 auf 3,5 Mio. bzw. 4,2 % der Bevölkerung erhöht.« (Ebd., S. 7) Der europäische Herkunftskontext ist für die Migration in Deutschland quantitativ besonders bedeutsam, 70,6 % der 10,6 Mio. ausländischen oder eingebürgerten Zuwanderer kommen aus einem europäischen Land, 32,3 % von ihnen kommen aus den 27 Mitgliedsländern der Europäischen Union (► **Tabelle 2**).

Tab. 2: In Deutschland lebende Personen mit Migrationshintergrund und Herkunftsländer (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 8. Eigene Darstellung).

Anzahl der Personen	Herkunft
3 000 000	Türkei
2 900 000	ehemalige Sowjetunion
1 500 000	Nachfolgestaaten Jugoslawiens
830 000	Italien
403 000	Griechenland
171 000	Portugal

Die ca. 10 Millionen Zugewanderten halten sich im Schnitt seit ca. 21 Jahren in Deutschland auf. Die klassische Familie mit Eltern und Kindern kommt in den Haushalten mit Migrationshintergrund deutlich häufiger vor als in Familien ohne Migrationshintergrund (57,6 % gegenüber 38,6 %). Die Bildungsbeteiligung und der Bildungserfolg weichen indes auffällig von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ab (► **Abb. 2**). Im Durchschnitt 14 % der Ausländer und Personen mit

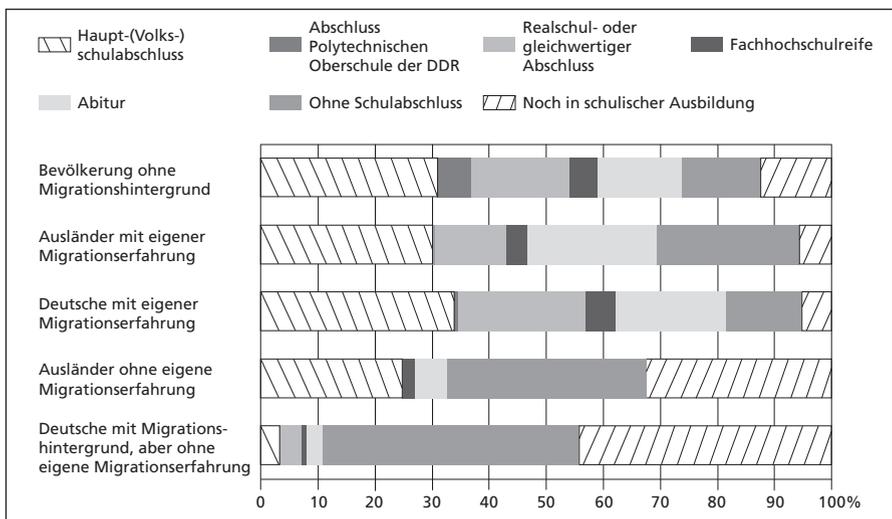


Abb. 2: Bevölkerung nach Migrationsstatus und allgemeinem Schulabschluss (Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2, Migration in Deutschland 2011, S. 28).

Migrationshintergrund (gegenüber 2 %) haben keinen allgemeinen Schulabschluss und 45 % (gegenüber 20 %) keinen berufsqualifizierenden Abschluss. Der Mikrozensus weist zudem höhere Erwerbslosigkeitsquoten von Personen mit Migrationshintergrund (etwa doppelt so häufig) und eine höhere Quote (11,5 % gegenüber 7,0 % aller Erwerbstätigen) an Beschäftigten im Niedriglohnssektor aus (Statistisches Bundesamt, 2011, S. 28).

Differenz oder Defizit – Der Umgang mit Migration

Konstitutiv für den Umgang mit dem Thema Migration ist die Zuschreibung von spezifischen Merkmalen, die mit dem Migrationsaspekt verbunden wird. Diese erfolgt zumeist unabhängig davon, wie differenziert die Gruppe der Migrantinnen und Migranten bzw. der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gesehen werden muss. In vereinfachender und homogenisierender Absicht werden Gruppenzugehörigkeiten zumeist unabhängig von der Aufenthaltsdauer, der Aufenthaltsmotivation und den spezifischen Lebensbedingungen in Deutschland getroffen (etwa, wenn ein Junge, der selbst, wie bereits seine Eltern, in Deutschland geboren ist, als Türke bezeichnet wird). Zu einer solchen Feststellung von Zugehörigkeit gehört an erster Stelle eine Zuschreibung von gruppenspezifischen Verhaltensweisen. Ohne hier eine vertiefende Darstellung von negativen nationalitätsspezifischen Gruppenstigmata bezüglich der Gruppen mit Migrationshintergrund vornehmen zu wollen (Madubuko, 2011; methodisch hierzu Blank et al., 2004), ist zentral, dass eine spezifische, von einer postulierten Mehrheitskultur abweichende Mentalität angenommen wird. Im Falle von Gruppen, die als Flüchtlinge und/oder als Arbeitsmigranten oder Arbeitsmigrantinnen mit wenig ökonomischen Ressourcen wahrgenommen werden und die als un- und angelernte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (oder Transfereinkommensabhängige) am unteren Ende der sozialen Hierarchie einsortiert werden, wird diese Mentalität zumeist als unzureichend für die reibungslose Integration bestimmt. Angehörige von Migrationsgruppen sind damit nicht nur *anders*; das, was sie anders macht, wird als *defizitär* wahrgenommen und gilt damit als Auslöser für eine sozial exkludierte Lebenssituation (siehe hierfür beispielhaft die Diskussion, die als sogenannte Sarrazin-Debatte diese Vorurteilsstruktur sichtbar machte).

In der pädagogischen, bildungsbezogenen Diskussion existiert bereits seit einiger Zeit ein umfangreicher Diskurs über den professionellen Umgang mit Formen der ethnischen Stigmatisierung. Dabei wird v. a. darauf abgehoben, dass das Migrantinnen- und Migrantenbild und die damit verbundenen gruppenbezogenen Mentalitätsmerkmale einem Wandel in der Thematisierung unterliegen, der von der Kategorisierung der Andersartigkeit und der Zuschreibung eines Defizits zu einer Akzeptanz von Andersartigkeit als Differenz führt. Thomas Geier (2011) hat die Ansätze in der Pädagogik zusammengestellt, die den Umgang mit Migration im Bereich der formellen Bildung kennzeichnen. Hiernach ist zunächst das Prinzip einer *Ausländerpädagogik* vorherrschend, bei der das Andersartige der Migrantinnen und Migranten und ihrer Kinder in den Vordergrund gestellt wird. Hierbei steht zugleich das Dogma der Rückkehr der Migrantinnen und Migranten in ihre

Herkunftsländer im Zentrum und die Frage der Gemeinsamkeit von identitätsstiftenden Werten bzw. der Gleichwertigkeit der Kulturen wird nicht gestellt. Erst in der nachfolgenden Phase einer multi- und interkulturellen Pädagogik (seit den 1980er Jahren) wird indes auf die Gleichwertigkeit der kulturellen Identität (unter dem Primat der/des bleibenden Migrantin und Migranten) abgehoben. Das Besondere ist dabei, dass trotz der Orientierung auf Gleichwertigkeit und der Akzeptanz der Bleibebedingung die Vorstellung einer grundsätzlichen Andersartigkeit der Migrationsbevölkerung nicht aufgegeben wird. Auch wenn damit also ein Wandel in der Akzeptanz jener wachsenden Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund einhergeht, wird die Annahme einer grundsätzlichen Fremdheit nur positiver konnotiert, nicht aber aufgehoben.

Die Analogie zur Behandlung der Migrationsthematik im Bildungsbereich kann künftig zu einer besonderen Form der Sensibilisierung für den Gegenstandsbereich der Beratung führen: Beratung muss danach zum einen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden. Zum anderen darf Zielgruppenspezifität nicht bedeuten, dass Vorurteile über bestimmte Mentalitätsmuster naturalisiert, also auf Dauer gestellt und damit als unabänderlich mit einer ethnischen Zugehörigkeit verbunden werden. Dies wird einer jeweils besonderen und damit notwendig individuellen Situation der Ratsuchenden (etwa im Falle eines Migrationshintergrunds in der zweiten und dritten Generation, einer »geteilten« Zugehörigkeit bei Kindern von Eltern mit unterschiedlicher Migrationsherkunft, der Heterogenisierung von Migrationsmilieus etc.) nicht gerecht.

2 **Worüber sprechen wir, wenn wir von Beratung reden?**

Der Beratungsdiskurs hat eine in den vergangenen Jahrzehnten ebenso steile Karriere erlebt wie der Migrationsdiskurs. Im Vergleich zu verwandten Konzepten wie Information, Aufklärung und Begleitung hat der Beratungsbegriff dabei eine disziplinübergreifende Bedeutung erhalten. Weder in der Psychologie noch in der Medizin, der Sozialpädagogik, der Sozialen Arbeit oder der Erziehungswissenschaft ist das Feld Beratung als ein Alleinstellungsmerkmal situiert. Vielmehr ist die abgrenzende Bedingung die Professionalisierung der Beratungstätigkeit:

Geht es um Beratung, so kann es ein erstes Anliegen sein, Beratung von Alltagsgesprächen zu unterscheiden. Beratung wird dann als eine Sonderform zwischenmenschlicher Kommunikation verstanden [...]. Situationen der Beratung sind gekennzeichnet durch die Anwesenheit eines Beraters und seine Bereitschaft, Zeit, Aufmerksamkeit und Respekt bereitzustellen. Beratung geschieht in einer besonderen Beziehung [...]. Offen bleibt, woran wir Aufmerksamkeit und Respekt festmachen, was das Anliegen des Klienten ist und welche Bedeutung Fachwissen des Beraters hat. (Steinebach, 2006, S. 12)

Spätestens seit Mitte der 1970er Jahre wird von Beratung erwartet, dass sie dem Alltag und der Lebenswelt ihrer Klientinnen und Klienten gerecht wird. Beratung

ist hiernach »eine vielgestaltige, sich ständig verändernde und durch viele interne und externe Einflussfaktoren bestimmte professionelle Hilfeform. Sie unterstützt in variantenreichen Formen bei der Bewältigung von Entscheidungsanforderungen, Problemen und Krisen und bei der Gestaltung individueller und sozialer Lebensstile und Lebensgeschichten« (Nestmann et al., 2004, S. 599). Eine Ausgrenzung und Parzellierung von Problemlagen aus dem jeweiligen Kontext

ist seitdem eines der zentralen Beratungs- und Handlungskonzepte [...], mit dem sich Expertokratie und Psychologielastigkeit von Beratung kritisieren lassen [...]. An den Rändern der Psychologie und mit deutlicher Nähe zur Soziologie entstand zudem in den 70er Jahren der Begriff »psychosozial«. Hierunter ließen sich Konzepte zusammenfassen, die am Zusammenhang von psychischen Problemen (wie Depression) und sozialen Phänomenen (wie Armut oder Arbeitslosigkeit) ansetzten und hierzu beratende Vorgehensweisen vorschlugen. (Engel & Sickendiek, 2004, S. 35)

Der bezeichnete Zusammenhang zwischen psychischen und sozialen Problemen scheint – noch immer – eines der innovativsten Elemente im Beratungsdiskurs zu sein. Hinzu tritt eine Diversifizierung von Praxisfeldern und Methoden der Beratung, auf die sich die Diskussion der kommenden Jahre u. E. im Besonderen konzentrieren wird. Im Folgenden wollen wir in zwei Feldern diese unterschiedlichen Zugangsweisen exemplarisch vorstellen. Die nur cursorische Vorstellung der Gesundheitsberatung soll dazu dienen, die Figur des Klienten als Coproduzenten seiner eigenen Gesundheit einzuführen, womit der Patient als aktiver Akteur im Verhältnis von Professionellen und Klienten gesehen wird. Die Gesundheitsberatung steht hierfür u. E. besonders stellvertretend und das davon ausgehende Verständnis der Klientenbeteiligung (das sowohl von institutioneller als auch aus bedarfsorientierter Sicht gewünscht wird) ist in allen Beratungsfeldern wiederzufinden. Die Konstitutions- und Praxisbedingungen im Bereich der Erziehungsberatung werden umfangreicher vorgestellt. Hiermit kann ein einführender und gleichzeitig vertiefender Blick auf das große Handlungsfeld psycho-sozialer Beratung gegeben werden.

2.1 Beratung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung

Die gesundheitliche Beratung hat in den vergangenen Jahren einen besonderen Stellenwert erhalten, weil ein Wandel im Krankheitspanorama ihren Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung verändert hat. Dieser Wandel ist v. a. durch einen höheren Stellenwert der langandauernden und behandlungsintensiven gegenüber Akuterkrankungen mit kurzer Behandlungsdauer gekennzeichnet. Die sogenannten chronischen oder chronifizierten Erkrankungen bestimmen seit dem ausgehenden 20. Jahrhundert das Krankheitsspektrum in den industrialisierten Ländern. Unveränderbare Beeinträchtigungen kennzeichnen sie ebenso wie ein mit der Zeit wachsender Hilfe- und Versorgungsbedarf. Doch trotz der seit mehr als zwei Jahrzehnten geführten Diskussion über den Wandel des Krankheitspanoramas und die aus ihm resultierenden Anpassungserfordernisse stehen einer bedarfsgerechten Versorgung bei chronischer Krankheit nach wie vor zahlreiche Defizite entgegen (SVR, 2000/2001; Schwartz et al., 2003; Hurrelmann et al., 2006; Schaeffer &

Moers, 2003; von Ferber & Behrens, 1997). Sie zeigen sich u. a. (1) im Festhalten an einem traditionellen Rollenverständnis des Patienten, der überwiegend als passiver Leistungsempfänger betrachtet wird, der kaum Informationen zu seinem Krankheitsbild benötigt. Noch immer wird er damit nicht als Coproduzent seiner Gesundheit und damit als aktive Nutzerin und aktiver Nutzer (Donabedian, 1992; Schaeffer et al., 2005) im Gesundheitswesen mit einem hohen Informations- und Beratungsbedarf erkannt (hierfür steht ein gewandeltes Krankheitsverständnis Pate, das den Patienten als rein passiven Leistungsempfänger nicht mehr akzeptiert). Noch deutlicher werden diese Defizite (2) bei der Information, Beratung und Edukation chronisch Erkrankter (Dierks et al., 2001; Müller-Mundt, 2005; Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2006) – ein Bereich, der angestoßen durch die Gutachten des Sachverständigenrats für die Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2000/2001, 2003, 2005) immer mehr Beachtung finden muss. Inzwischen setzt sich damit auch in Deutschland die Erkenntnis durch, dass es speziell für chronisch Erkrankte neuer Formen der kommunikativen Unterstützung bedarf, um die Patienten zu befähigen, ein höheres Maß an Autonomie, Eigenverantwortung und Nutzungskompetenz zu entfalten.

Patientenedukation, Kompetenzförderung, Empowerment, Selbstmanagementunterstützung, Patientinformation und -beratung inklusive neuer Informationsmedien bezeichnen Konzepte, die für differente Patientengruppen und Versorgungskontexte fruchtbar zu machen versucht werden (Barlow et al., 2002; Bauer et al., 2005; Ewers et al., 2006). Es existiert Übereinstimmung darin, dass diese Konzepte prinzipiell dafür geeignet sind, den im Bereich der kommunikativen Unterstützung bestehenden Bedarf im Versorgungswesen zu decken. Dafür sprechen auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen, die betonen, dass chronische Erkrankungen mit einem hohen Bedarf an Information und Beratung einhergehen (Beverley et al., 2004; Schaeffer, 2004, 2006). Auf Basis dieser Studienlage kann heute vermutet werden, dass der Informationsbedarf sehr facettenreich ist, er zyklisch virulent wird und je nach Phase des Krankheitsverlaufs variiert. Allein in der Phase der Abklärung und Mitteilung der Diagnose entstehen zahlreiche Fragen und Unsicherheiten bei den Erkrankten (Corbin & Strauss, 2004; Schaeffer et al., 2003) und dies setzt sich anschließend bei der Entscheidung über geeignete Behandlungsmethoden/-instanzen und der dazu notwendigen, oft schwierigen Informationsbeschaffung fort (Dierks & Schaeffer, 2005; Klemperer, 2003; Sawicki, 2005). Nicht weniger viele Fragen treten in den folgenden Phasen des Krankheitsverlaufs auf, wenn es z. B. darum geht, eine Umgangsweise mit dem meist komplexen Therapieregime oder mit negativen Begleiterscheinungen chronischer Krankheit (wie körperlicher Beeinträchtigung/Behinderung, Schmerz, Medikamentennebenwirkungen, Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit) zu finden. Auch wenn das Alltagsleben an die Krankheit anzupassen oder aber die Versorgung (neu) zu organisieren ist und u. a. finanzielle und versicherungs- bzw. sozialrechtliche Probleme abzuklären sind, entstehen zahlreiche Fragen und Beratungsanliegen. Ähnlich ist es in den späteren Phasen chronischer Krankheit, denn zumeist steigert sich dann die Wechselhaftigkeit des Krankheitsverlaufs, verdichten sich die Versorgungsherausforderungen und nehmen an Komplexität zu (Ewers & Schaeffer, 2005).

Exemplarisch deutet dies bereits an, dass der Informations- und Beratungsbedarf bei chronischer Krankheit keinen punktuellen und gleichförmigen Charakter hat, sondern sich in den unterschiedlichen Phasen immer wieder neu und anders darstellt. Es ist durchaus anzunehmen, dass diese hohe Variabilität der Bedarfsausprägung durch die Varianz der Unterschiedlichkeit in den Patientenmerkmalen noch erhöht wird. Für den Präventions- und Pflegebereich kann dies bereits bestätigt werden (Bauer & Büscher, 2008; Bauer et al., 2012). Gleichzeitig herrscht über quantitative und qualitative Dimensionen dieses Bedarfs weithin Unklarheit, weil national wie international Studien zum Informations- und Beratungsbedarf aus Patientensicht immer noch kaum vorhanden sind. Dies gilt insbesondere für den Beratungsbedarf aus der Sicht von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Entsprechend machen die vorliegenden Befragungen der Nutzer und Nutzerinnen von Angeboten der Patientenberatung eine weitere Problematik sichtbar. Ihnen zufolge stoßen die vorhandenen Angebote zur Patienteneinrichtung und -beratung zwar insgesamt auf große Resonanz, erreichen aber längst nicht alle Patientengruppen (Dierks & Seidel, 2006). Verantwortlich dafür ist primär, dass sie meist einer zu unklaren Zielgruppenkonzeption folgen, die über epidemiologische Realitäten hinweggeht. Zudem widmen bestehende Angebote ressourcenschwachen Patientengruppen zu wenig Beachtung (Seidel & Dierks, 2005): Zu den Nutzern gehören überwiegend junge Erwachsene und die bereits relativ gut informierten, zumeist weiblichen Mittelschichtsangehörigen. Menschen aus unteren sozialen Schichten und bildungsfernen Milieus, ebenso Migrantinnen und Migranten, Behinderte, Männer im Erwachsenenalter und Hochaltrige sind bislang unterrepräsentiert und gelten als schwer erreichbar. Dies bezeichnet eine Feststellung, die sich daran stößt, dass der Kenntnisstand über den Bedarf dieser Zielgruppen, die sich nach Alter, Geschlecht, Bildung, Ressourcensituation oder allgemein milieuspezifischen Lebensbedingungen unterscheiden, gering ist. Dies bestätigen insbesondere auch internationale Studien.

So ist nicht erstaunlich, dass die neu entstandenen Angebote zur Patientenberatung chronisch Erkrankte und insbesondere die ressourcenschwachen Gruppen unter ihnen nicht erreichen. Wie wichtig dies indes ist, zeigen Befunde zur Krankheitslast. Sie verweisen darauf, dass gerade diese Gruppen über geringere Nutzungskompetenzen verfügen und ihnen somit die Navigation durch die komplexen und mitunter intransparenten Strukturen des Versorgungswesens schwerer fallen (Geyer, 2001; Schaeffer, 2004; Bauer et al., 2005). Zusammenfassend betrachtet deutet der skizzierte Forschungsstand zum Thema der Gesundheitsberatung somit auf eine Schieflage zwischen Bedarf und Nutzungsmöglichkeiten hin – eine Entwicklung, die auch aus anderen Versorgungsbereichen bekannt ist und dort inzwischen als Folge einer Fehlausrichtung der Angebotsstruktur betrachtet wird (SVR, 2003). Ähnlich unvollständig ist die Befundlage dazu, wie sich die zielgruppenspezifischen Bedarfsprofile ressourcenschwacher und schwer erreichbarer Patientengruppen darstellen. Dies gilt insbesondere für Ansätze, die materielle Aspekte der Ressourcenausstattung mit einer kultursensiblen und mentalitätsbezogenen Analyse verbinden. Dieses Defizit wiegt besonders schwer, weil ressourcenschwache Gruppen, obwohl sie überproportional von chronischen

Erkrankungen betroffen sind, über geringere Potenziale zur Krankheitsbewältigung verfügen (Bauer et al., 2005; Rosenbrock & Michel, 2007).

2.2 Merkmale und Rahmenbedingungen der Erziehungsberatung

Autoren und Autorinnen, die sich mit Erziehungsberatung befassen, verzichten auf eine Definition und verweisen dafür auf ihre gesetzliche Verankerung (Körner & Hörmann, 1998; Körner & Hensen, 2008) sowie auf ihre über 100-jährige Geschichte (Hörmann & Körner, 2008 b), die somit eine Definition überflüssig machen: Erziehungsberatung sei mit über 1000 Beratungsstellen ein etabliertes Angebot im psycho-sozialen Bereich. Allenfalls befassen sie sich mit der Abgrenzung von Psychotherapie und Beratung (z. B. Hensen & Körner, 2005; Steinebach, 2006), die wir für wenig ergiebig halten, da diese Diskussion seit ca. 30 Jahren (Nestmann, 1984) ohne nennenswerte Ergebnisse geführt wird: Psychotherapie ist im Rahmen der Erziehungsberatung auch ohne Approbation gesetzlich erlaubt (vgl. Winkler, 2008). Wir skizzieren im Folgenden Rahmenbedingungen und Merkmale von institutionalisierter Erziehungsberatung und Aspekte ihrer interkulturellen Öffnung. An anderer Stelle wird das Leistungsspektrum der Erziehungsberatung (EB) ausführlich vorgestellt (Körner & Hörmann, 1998, 2000; Hörmann & Körner, 2008 a). In diesem Band gibt Kriz einen Überblick über ihre wichtigsten (Beratungs-)Methoden.

Eine Erziehungsberatungsstelle ist eine spezialisierte Facheinrichtung der Jugendhilfe, die ihre Aufgaben auf der gesetzlichen Grundlage gemäß § 28 SGB VIII in der Verbindung mit der Zugangsvoraussetzung des § 27 SGB VIII wahrnimmt. Mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Jahre 1990 und dem Wirksamwerden als Achstes Buch des Sozialgesetzbuches ab dem 01.01.1991 wurde die Erziehungsberatung erstmals zum ausdrücklichen Pflichtangebot der Jugendhilfe.

Das Beratungsangebot soll Kindern, Jugendlichen, Eltern und anderen Erziehungsberechtigten bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und deren Ursachen helfen. Um dieses Angebot sicherzustellen und aufrechtzuerhalten, sieht der Gesetzgeber vor, dass Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.

Ein erweiterter Handlungsauftrag für die EB kann aus gesellschaftlichen Veränderungsprozessen abgeleitet werden: Die Zahl der jungen Menschen, die vor dem Hintergrund des ökonomischen Paradigmas als »nicht produktiv« eingestuft werden oder nicht in sog. »normale« Erwerbsbiografien integriert werden können, wächst zusehends.