Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 43 (2017)
Heft: 5

Artikel: Vom professionellen Umgang mit Diversität
Autor: Ammann, Eva Soom
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800168

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Vom professionellen Umgang mit Diversität

Gesellschaftliche Diversität fordert Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung heraus, auch in der Suchtarbeit. Denn die Pluralität moderner Gesellschaften macht es schwierig, Ungleichheiten und Vulnerabilitäten zu erkennen und in adäquate Kategorien zu fassen. Benachteiligungssensitive intersektionale Sichtweisen auf Diversität sind zunehmend gefragt. Dabei bleibt die tägliche Umsetzung diversitätssensibler Informationsvermittlung, Beratung und Behandlung herausforderungsreich, denn Ungleichheit wird letztlich von Menschen gemacht – auch von Fachpersonen.

Eva Soom Ammann
Dr. phil., FH-Prof. angewandte Forschung & Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Murtenstrasse 10, CH-3008 Bern, +41 (0)31 848 35 59, eva.soomammann@bfh.ch, www.gesundheit.bfh.ch/sae2

Schlagwörter: Diversität | Intersektionalität | Gesundheitskompetenz | Gesundheitliche Chancengleichheit | Diversitätskompetenz |

Diversität als Herausforderung für das Gesundheitswesen

Was vereint eigentlich unsere Gesellschaft, wie gehen wir mit Sucht um, welche Gesellschaftsmitglieder sind besonders suchtgefährdet, und wie sollen wir dem entgegenwirken? Der Umgang mit gesellschaftlicher Diversität, der im Zentrum dieser Ausgabe steht, fordert die Prävention, Gesundheitsförderung und -versorgung heraus, ein «one size fits all»-Ansatz ist besonders in der Suchtarbeit schon lange nicht mehr zeitgemäss. Jeder Mensch ist individuell und muss in seinem jeweiligen lebensweltlichen Kontext betrachtet und verstanden werden. Doch obwohl sich Fachpersonen im Gesundheitsbereich breit zu Konzepten wie Personenzentriertheit, Ganzheitlichkeit und Systemorientierung bekennen, ist die Umsetzung dieser Prinzipien in der tagtäglichen Präventions-, Behandlungs- und Beratungsarbeit alles andere als einfach. Wir sind alle verschieden, doch in gewisser Weise sind einige von uns eben doch gleicher als wir denken würden, oder aber fremder als wir erwartet hätten. Gruppenzugehörigkeiten spielen in individualisierten Gesellschaften nach wie vor eine wichtige Rolle, und sie tun dies in hochkomplexer Weise. Diese Komplexität soll hier zur Einführung ins Themenheft «Diversität» skizziert und damit verbundene Begrifflichkeiten eingeführt werden.

Pluralisierte Gesellschaften und multiple Zugehörigkeiten

Moderne westliche Gesellschaften werden zunehmend vielfältiger, unklarer in ihren Charakteristika und ihren Grenzen. Man spricht heute von einer Pluralisierung der Gesellschaft und meint damit eine Vervielfältigung von Wertorientierungen und Zugehörigkeiten, eine zunehmende Entbindung der Gesellschaftsmitglieder aus gemeinschaftlichen Strukturen wie der Familie, der Gemeinde (im Sinne einer kleinräumig verorteten Lebensgemeinschaft), religiösen Verbänden und Klassenstrukturen. Damit einher geht auch eine Befreiung aus kollektiven Vorgaben und die Möglichkeit – aber auch die Pflicht – zur individuellen Ausgestaltung der jeweiligen Lebensweisen.[1] Zugehörigkeiten zu gesellschaftlichen Subgruppen werden damit bis zu einem gewissen Grad wähl- und gestaltbar. Aber eben nur zu einem gewissen Grad.[2] Denn einerseits braucht die Ausgestaltung individueller Lebenswelten Ressourcen (materielle, soziale und Wissensressourcen) und ist an gewisse strukturelle Grenzen gebunden. Und andererseits ist Zugehörigkeit nicht nur individuell wählbar, sondern wird auch von aussen zugeschrieben, von anderen «gemacht». Symbolische Ressourcen – d.h. Chancen auf soziale Anerkennung und Prestige – spielen hier eine wesentliche Rolle, und diese wirken sich auch auf den Zugang zu anderen Formen von Ressourcen aus. Kurz gesagt: Pluralisierte Gesellschaften zeichnen sich durch Individualität und Vielfältigkeit aus, die gewisse Freiheiten mit sich bringen, aber dennoch auch stark von Ungleichheiten strukturiert sind. Die Krux dabei ist, dass Ungleichheiten entlang von sehr komplexen Linien verlaufen und deshalb mitunter schwer zu fassen sind.

Vulnerabilität und Benachteiligung

In den Gesundheitswissenschaften werden verschiedene Begrifflichkeiten gebraucht, um die Vielfalt individueller Lebenslagen und deren Ungleichheitsdimensionen zu fassen. Ungleichheit interessiert dabei insbesondere dann, wenn sie (potenziell) negative Konsequenzen auf die Gesundheit hat, also wenn es um Benachteiligungen und Vulnerabilitäten geht.

Der Begriff der Benachteiligung verweist dabei auf einen spezifischen Blickwinkel auf die Auswirkungen von Ungleichheit[3], der sich von demjenigen des ebenfalls häufig verwendeten Begriffs der Vulnerabilität[4] unterscheidet. Vulnerabilität fokussiert auf die Verletzlichkeit einer Person und hat darin implizit auch eine Tendenz, diese als Opfer darzustellen und deren Handlungsmächtigkeit zu wenig zu berücksichtigen.[5] Benachteiligte haben immer Ressourcen und damit auch Handlungsspielraum. Andererseits birgt der Blick auf Menschen mit ungünstigem Gesundheitsverhalten und ihre Lebenslagen die Gefahr der Überbetonung individueller Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten und damit auch der impliziten Vernachlässigung struktureller Gegebenheiten sowie der Schuldzuweisung an die Betroffenen. Benachteiligung als Begriff verweist explizit auf gesellschaftliche Faktoren, die Ungleichheit verursachen, und trägt damit auch die politische Frage nach der Verantwortung der Gesellschaft in sich. So erscheinen nicht nur spezifische Massnahmen für besonders benachteiligte oder vulnerable Gruppen angebracht, sondern es stellt sich auch die Frage, ob nicht auch eine Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden strukturellen Ursachen gesundheitlicher Un-

gleichheit nötig ist.[6] Benachteiligung ist also immer auch durch strukturelle Ungleichheiten bedingt, die als ungerecht in Frage gestellt werden können.

Das Konzept der Benachteiligung fokussiert damit also klar auf Individuen und Bevölkerungsgruppen, welche Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote aufgrund dieser Benachteiligungen nicht in gleichem Masse nutzen können wie die Durchschnittsbevölkerung. Etwas komplizierter wird es, wenn Erreichbarkeit im Fokus steht, denn es gibt auch Personen und Gruppen, welche solche Angebote zwar schwellenlos nutzen könnten, dies aber nicht wollen.[7] Im Fokus spezifischer Massnahmen stehen diese Zielgruppen aufgrund mangelhaftem Gesundheitsbewusstsein und riskantem Gesundheitsverhalten.[8] Benachteiligung, Erreichbarkeit und Vulnerabilität sind also Begrifflichkeiten, die klar gesundheitspolitisch zu verorten sind.

Diversität: horizontale und vertikale Verschiedenheiten

Der Begriff Diversität bezeichnet hingegen zunächst einmal (horizontal angeordnete) Verschiedenheit, ohne a priori auch hierarchische Ungleichheit (also vertikal angeordnete Verschiedenheit) mitzudenken. Diversität wird also vorerst einmal als zentrales Merkmal moderner Gesellschaften verstanden, das an sich nicht positiv oder negativ gewertet werden soll. Allerdings ist es, wenn Diversität thematisiert und vor allem professionell verwaltet werden soll, auch notwendig, den bunten Strauss an Verschiedenartigkeiten in Kategorien zu fassen.

Im Kontext von organisationstheoretischen Überlegungen entwickelt, spricht der Begriff zunächst die Vielfältigkeit von Mitarbeitenden in multinationalen Firmen an, die es im Rahmen eines «Diversity Managements» zu orchestrieren und als kreatives wie auch effizienzsteigerndes Potenzial zu nutzen gilt.[9] Ein diversitätsorientierter Blick hat sich nicht nur im Personalmanagement durchgesetzt, sondern auch im Marketing, welches in zunehmender Differenziertheit die Diversität potenzieller KundInnengruppen berücksichtigt.[10]

Auch öffentliche und Non-Profit-Organisationen haben den Begriff des «Diversity Managements» inzwischen übernommen – sowohl bezüglich Mitarbeitenden wie auch im Hinblick auf die anvisierte Klientel – und ihm eine stärkere Fokussierung auf das Gewähren von Chancengleichheit und das Vermeiden von Diskriminierung gegeben.[11] Dimensionen wie Geschlecht, Alter oder Behinderung stehen hier besonders im Fokus, aber auch Migrationshintergrund, Bildungsstand, sexuelle Orientierung, im Hinblick auf KlientInnen insbesondere auch Armut. Es werden besondere Massnahmen ergriffen, um in der Organisation auch diejenigen, die aufgrund ihrer Diversität potenziell benachteiligt sind, mit gleichen Chancen auszustatten – seien es nun Mitarbeitende oder KlientInnen. Der Schritt zur Negierung von strukturellen Ungerechtigkeiten (bspw. Lohnungleichheit zwischen den Geschlechtern) sowie zur positiven Diskriminierung von Andersartigkeit (bspw. Zuschreibung von Bedürftigkeit aufgrund von fortgeschrittenem Alter oder körperlicher Behinderung) ist hier nicht weit, wie die kritische akademische Auseinandersetzung mit dem Diversity-Konzept an vielfältigen Beispielen aufzeigt.[12] Ungleichheiten sind nicht a priori gegeben, sondern sozial konstruiert und in Machtverhältnisse eingebunden. Gut gemeinte Massnahmen zur Berücksichtigung von Diversität können diese Machtverhältnisse verfestigen (man spricht auch von reifizieren), und sie können Zuschreibungen aufdrängen, die so von den «Betroffenen» gar nicht gewollt sind. Kategorisieren ist so gesehen zwar nötig, um Diversität zu erkennen, zu verstehen und zu handhaben, aber es ist gleichzeitig auch notwendig, deren Macht- und Diskriminierungsdimensionen kritisch zu hinterfragen.

Grundsätzlich wird am Diversitätsbegriff kritisiert, dass er auf horizontale Verschiedenheit fokussiere und vertikale Ungleichheiten dadurch tendenziell negiere, ja gar verschleiere. Gerade dies ist aber auch sein Vorteil, denn wie das Phänomen positiver Diskriminierung – also die gut gemeinte «Besonderung» einer Subgruppe, der man damit gleich auch Bedürftigkeit zuschreibt – zeigt, ist eine vorschnelle Annahme von vertikaler Ungleichheit und eine entsprechende Zuschreibung manchmal kontraproduktiv.

Das Potenzial der nicht a priori wertenden und kategorisierenden Diversitäts-Brille zeigt sich gerade im Gesundheitsbereich, wo der Diversitätsbegriff inzwischen auch breiter angewendet wird,[13] um Fachpersonen in der Interaktion mit PatientInnen oder KlientInnen auf Verschiedenartigkeit hin zu sensibilisieren, ohne gleich eine bestimmte Bedürftigkeit – zum Beispiel als Migrantin, als Behinderter oder als betagte Person – vorauszusetzen. Denn es soll Aufgabe einer professionellen Interaktion sein, zuerst unvoreingenommen zu klären, welche Diversitätsdimensionen in der konkreten Situation wie wirksam sind und damit auch vertikale, d.h. hierarchische Ungleichheit produzieren. Denn Ungleichheit wirkt sich in unterschiedlichen Situationen ganz verschieden aus, weil sich bestimmte Ungleichheitsdimensionen überkreuzen und darin verstärken oder abschwächen können.

Intersektionalität: Überschneidungen gesellschaftlicher Ungleichheitsdimensionen

Dieser komplexen Verschränkung von Ungleichheiten und ihren Auswirkungen widmet der Intersektionalitätsansatz[14] besondere Aufmerksamkeit, der gegenwärtig zunehmend auch in den Gesundheitswissenschaften aufgegriffen wird.[15] Dieser entstand in den USA in den frühen 1990er-Jahren[16] als kritische Reaktion sowohl auf feministische wie auch neomarxistische Ansätze, welche entweder Geschlecht oder aber Klasse als die dominierende gesellschaftlich wirksame Ungleichheitsdimension setzen wollten. «Race» wurde im US-amerikanischen Kontext als weitere zentrale Ungleichheitsdimension eingeführt und davon ausgehend auch die Frage aufgeworfen, welche Dimensionen wie interagieren. Wann bspw. sind Frauen generell schlechter gestellt als Männer, und wann ist es von Vorteil, eine weisse Frau zu sein gegenüber einer Frau mit dunkler Hautfarbe? Und unter welchen Bedingungen ist das Mann-Sein kein Vorteil, sondern ggf. sogar ein Nachteil? Gibt es auch Situationen, in denen bspw. das Geschlecht keine dominante Rolle spielt, sondern ganz andere Ungleichheitsdimensionen relevant werden? Die daraus folgende kritische Auseinandersetzung mit vermeintlich klaren Ungleichheitsdimensionen führte einerseits zu einer Erweiterung der klassischen Ungleichheitsdimensionen «race», «class» und «gender» bspw. um ethnische oder nationale Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, Behinderung, Alter, Religion. Die differenzierte Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten und darin enthaltenen Ungleichheitsdimensionen führte auch zu Anpassungen und Differenzierungen der gängigen kategorialen Bezeichnungen, insbesondere im europäischen Kontext.[17] Dies betrifft in erster Linie die Konzepte «class» und «race». In den Gesundheitswissenschaften ist gegenwärtig der Begriff des Sozioökonomischen Status (socioeconomic status SES) sehr gebräuchlich, welcher die Bedeutung von Schichtzugehörigkeit, Bildung und ökonomischen Ressourcen in modernen Gesellschaften adäquater fassen kann als der Klassenbegriff. Auch «race» wird in der Regel differenzierter konzeptualisiert: Sichtbare Merkmale der Andersartigkeit wie Hautfarbe sind ein Element, aber auch Nicht- oder Teil-Zugehörigkeit aufgrund von Migration, Ethnizität oder Nationalität spielen eine Rolle.

Der Intersektionalitätsbegriff besticht also einerseits durch seinen klaren Fokus auf Diskriminierung, indem Ungleichheiten zwischen Diversitätsdimensionen, aber gerade auch innerhalb bestimmter Kategorien aufgedeckt werden. Andererseits fokussiert Intersektionalität auf die Interaktionen zwischen Kategorien und die Frage, wie verschiedene Diversitätsdimensionen einander verstärken oder abschwächen können. Ungleichheiten addieren

sich nicht einfach, sondern sie überschneiden sich in komplexer Weise. Ungleichheit ist unter einer Intersektionalitäts-Perspektive also nicht immer klar horizontal oder vertikal-hierarchisch gelagert, sondern situativ immer wieder anders von Bedeutung. Ungleichheitsachsen überschneiden sich in unterschiedlichen Situationen an unterschiedlichen Punkten (also: Intersektionen) mit unterschiedlichen Auswirkungen. Zentral ist dabei der Gedanke, dass Ungleichheit auch immer mit Macht, Unterdrückung und Normierung verbunden ist, welche wiederum soziale Strukturen, Praktiken und Identitäten reproduzieren.[18]

Für die Gesundheitswissenschaften ist daran vor allem bestechend, dass einerseits eine kritische Sichtweise auf soziale Kategorien und dahinter liegende ein- resp. ausschliessende Mechanismen gefördert wird, und dass andererseits einfache Erklärungsansätze differenziert werden müssen, welche die Schuld für ungünstiges Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Einschränkungen den Betroffenen zuschreiben – sei es aufgrund von deren Verhalten, deren vermeintlich «naturgegebener» Gruppenzugehörigkeit oder deren genetischer Disposition.[19] Menschen haben eine gewisse Handlungsmacht, aber immer innerhalb von Strukturen und Machtverhältnissen, die sie nicht selber geschaffen haben und die sie auch nicht alleine verändern können. Dennoch sind Strukturen und Machtverhältnisse nicht naturgegeben, sondern von Menschen gemacht und dadurch auch langfristig wandelbar.[20]

Der Umgang mit Diversität und Ungleichheit in der Praxis

Erfolgreiche Ansätze einer diversitätssensiblen Prävention und Gesundheitsförderung fokussieren gerade auch deshalb sehr stark auf das Beeinflussen von Verhalten *und* Verhältnissen. In der Beratung und Behandlung wiederum, so ist inzwischen deutlich geworden, braucht es besondere Kompetenzen bei Fachpersonen, um diversitätssensitiv versorgen zu können. In der Folge soll es nun darum gehen, grob zu skizzieren, wo für die Ausgestaltung einer diversitätssensitiven Praxis angesetzt werden kann. Die Literatur im Gesundheitsbereich setzt sich dazu vor allem mit konkreten Benachteiligungen auseinander, und am besten aufgearbeitet ist diesbezüglich die Diversitätsdimension Migration. Dies ist unter theoretischem Blick nicht weiter erstaunlich, denn von allen oben angeschnittenen Diversitätsdimensionen ist Migration diejenige, welche potenziell am stärksten von Ausschluss bedroht ist, da die Zugehörigkeit zur Gesellschaft prinzipiell in Frage gestellt werden kann.[21] Moderne Gesellschaften mögen mehr oder weniger stark durch Ungleichheit strukturiert sein, gehen aber alle davon aus, dass wer über eine grundsätzliche Zugehörigkeit verfügt (in der Regel wird diese über die Staatsbürgerschaft garantiert), in der einen oder anderen Form auch Bestandteil dieser Gesellschaft bleibt. Wer aber zuwandert (oder den rechtlichen Status ZugewanderteR quasi «erbt»), gehört nicht a priori dazu, sondern bekommt graduell Rechte zugestanden, während andere Rechte verwehrt bleiben. Migrierte müssen sich die Zugehörigkeit zur Gesellschaft in der Regel zuerst in der einen oder anderen Form erarbeiten, und dieser Status der Nur-teilweisen-Zugehörigkeit kann sich sogar noch über das Erwerben der Staatsbürgerschaft hinaus erstrecken – bspw. wenn der Nachname eine gewisse symbolische Wirkung entfaltet. Der Zugang zum Arbeitsmarkt kann dadurch erschwert werden, geschlechterspezifische Rollenbilder können einem nahegelegt werden, Migration kann von aussen als die zentrale Diversitätsdimension wahrgenommen werden, auch wenn vielleicht die sexuelle Orientierung, die körperliche Versehrtheit oder die Zugehörigkeit zu einer jugendlichen Subkultur in der konkreten Situation eine viel wichtigere Rolle spielen. Grundsätzlich hat Migration also ein hohes «Fremdheitspotenzial», das – im Gegensatz zu anderen Diversitätsdimensionen – auch integral in unser Gesellschaftssystem eingeschrieben ist.

Migration ist diejenige Diversitätsdimension, welche im Schweizer Kontext im Hinblick auf Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung am besten mit Policy-Massnahmen, Praxis-Guidelines und beruflicher Kompetenzbildung bearbeitet worden ist.[22] Auch die Diversitätsdimension Sozioökonomischer Status – diejenige Dimension, die sich am klarsten vertikal auswirkt – ist gut bearbeitet (und mittels grundlegender wohlfahrtstaatlicher Massnahmen auch ansatzweise abgesichert).[23] Die dritte zentrale, eine Gesellschaft strukturierende Diversitätsdimension des Geschlechts hat ebenfalls Berücksichtigung erfahren, insbesondere auch in der Suchtarbeit,[24] allerdings tendenziell in Form einer Differenz betonenden Ausgestaltung von Versorgung (spezifische Angebote für Frauen).[25] Weitere Diversitätsdimensionen sind, je nach Gesundheitsbereich und relevanten Settings, punktuell thematisiert worden – in der Suchtarbeit bspw. Jugendliche oder aktuell ältere Menschen,[26] spezifische Arbeitsbereiche, bestimmte subkulturelle Kontexte. Beispiele dafür finden sich auch in der vorliegenden Zeitschrift. Was hier nun abschliessend noch umrissen werden soll, sind übergreifende Aspekte, welche unter der Perspektive Diversität für die Ausgestaltung von Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung relevant sind.

Eckpfeiler einer diversitätssensiblen Gesundheitspolitik und -versorgung

Die Frage, wie Gesundheitspolitik und -versorgung ausgestaltet sein muss, damit sie diversitätssensibel agieren kann, lässt sich grob skizziert an den folgenden drei Pfeilern festmachen – unabhängig davon, ob es um Prävention, Beratung oder Behandlung geht: Gesundheitskompetenz, gesundheitliche Chancengleichheit und professionelle Diversitätskompetenz.

Individuelles Verhalten lässt sich in der Prävention und Gesundheitsförderung am umfassendsten steuern über Interventionen, welche auf die Gesundheitskompetenz[27] fokussieren. Gerade in pluralisierten Gesellschaften wird von Menschen erwartet, dass sie in der Lage sind, ihre Gesundheit mitzugestalten, indem sie gesundheitsbewusst handeln, ihre Lebenswelt ausgestalten sowie die zur Verfügung stehenden Informations-, Präventions- und Versorgungsangebote möglichst optimal nutzen. Dabei ist bezüglich Diversität zu überlegen, welche Zugangsschwellen und -ressourcen zu Wissen bestehen, welche Kompetenzen gefördert werden sollen und wie Interventionen gestaltet sein müssen, damit Inhalte verstanden, akzeptiert und die entsprechenden Kompetenzen – sei's auf funktioneller, interaktiver oder kritischer Ebene – auch effektiv gefördert werden. Die Erkenntnis, dass reine Informationsvermittlung nicht ausreicht, um gesundheitsrelevantes Verhalten zu beeinflussen, hat sich insbesondere im Hinblick auf benachteiligte und schwer erreichbare Gruppen etabliert.[28] Interaktives Verarbeiten und Einüben sowie der reflektierte Umgang mit Wissen und Angeboten müssen ebenso gefördert werden. Auch in der Beratung und Behandlung ist Gesundheitskompetenz hochrelevant, denn sie beeinflusst, ob und wie Menschen das Angebot wahrnehmen und wie gut sie am Prozess partizipieren können. Fachpersonen müssen in der Lage sein, dies abzuschätzen und ihr professionelles Handeln entsprechend anzupassen.

Als Leitlinie für die Ausgestaltung der Verhältnisse im Sinne von Angeboten und Strukturen hat sich in der Schweiz der Fokus auf Gesundheitliche Chancengleichheit durchgesetzt. Chancengleichheit ist in der Schweiz ein in der Bundesverfassung (Art. 2) festgehaltenes Prinzip, welches auch für die Gesundheit gilt. Als Rahmen für die Ausgestaltung von Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung ist Gesundheitliche Chancengleichheit unter dem Lead des Bundesamtes für Gesundheit inzwischen gut aufgearbeitet und dokumentiert.[29] Bestrebungen, das Angebot an Information, Beratung, Unterstützung und Behandlung so auszugestalten, dass jedes Gesellschaftsmitglied optimale Chancen hat, sich zu entfalten und im Rahmen seiner Möglichkeiten zu entwickeln, tendieren darin im Grundsatz zu einer breit angelegten,

gut ausgestalteten, möglichst hürdenfreien Regelversorgung, die allen offen steht und leicht zugänglich ist. Dazu ist es im Sinne eines Diversitäts-Mainstreamings notwendig, die Regelversorgung fundiert und wiederholt auf allfällige Hürden hin zu prüfen und sicherzustellen, dass nötige Schwerpunktlegungen, Kompetenzen und Wissensbestände in Strukturen und Organisationen verfügbar sind.[30] Darüber hinaus setzt die Ausgestaltung gesundheitlicher Chancengleichheit in der Schweiz auch darauf, für bestimmte, besonders belastete oder schwer erreichbare Zielgruppen gesonderte Angebote zu entwickeln. Diese sollen idealerweise die Form einer Brücke haben, also den Zugang zur Regelversorgung herstellen resp. diesen erleichtern. Sehr sorgfältig zu prüfen ist dabei, welche Zielgruppen ein solch spezifisch ausgerichtetes Angebot brauchen und wie das Angebot auszusehen hat. Um diese Prinzipien erfolgreich umzusetzen, braucht es nicht nur den entsprechenden Policy-Rahmen, sondern insbesondere reflexive Organisations- und Projektstrukturen, welche in der Lage sind, Diversität konsequent zu berücksichtigen und ihre Strukturen und Inhalte flexibel anzupassen.[31]

Diversitätskompetenz

Von eminenter Bedeutung für eine gute diversitätssensible Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung ist jedoch, wie konkrete Interaktionen zwischen Fachpersonen und einzelnen KlientInnen resp. Zielgruppen ausgestaltet werden.[32] Die Erkenntnisse aus der Intersektionalitätsforschung führen dies besonders deutlich vor Augen. Denn interaktionssoziologisch betrachtet muss jede Interaktionssituation von den beteiligten AkteurInnen immer wieder neu interpretiert und sinnhaft gestaltet werden, und dazu ist es auch notwendig, das Gegenüber zu deuten. In sozialen Kategorien zu denken, ist dazu unerlässlich. Und genau hier vollzieht sich das Zuschreiben von Gleichheit oder Andersartigkeit, und darin liegt auch die potenzielle, wenn auch nicht beabsichtigte Gefahr von Diskriminierung durch implizite Zuschreibung von Schuld, Unveränderbarkeit oder Bedürftigkeit. Dies ist menschlich und Bestandteil jeglicher alltäglicher Interaktion. Aufgabe von Fachpersonen ist es, hier reflektiert zu sein, sich dieser Mechanismen bewusst zu werden und die Produktion von Zuschreibungen in professionellen Interaktionssituationen zu hinterfragen – die eigenen und die des Gegenübers. In der Suchtarbeit ist dies besonders wichtig, und erfahrene Fachpersonen sind wohl auch per se sehr alltagserfahren darin. Wiederum interaktionssoziologisch gesprochen liegt jedoch die Gefahr auch darin, dass hohe Erfahrung einhergeht mit Routine, gerade in professionellen Tätigkeiten. Deshalb ist bewusste Reflexion notwendig, um differenziert mit Diversitäten, Zuschreibungen und der Einschätzung von Einschränkungen und Ressourcen im professionellen Alltag umgehen zu können.

Mit den professionellen Konzepten der Transkulturellen Kompetenz[33] und der (systemorientierten) Personenzentriertheit verfügen Gesundheitsprofessionen bereits über gut etablierte Reflexionsmodelle, die essentiell zur Diversitätssensibilität beitragen können. Personenzentriertheit und Systemorientierung – im Sinne einer expliziten Fokuslegung auf individuelle Besonderheiten und deren jeweils angepasste Kontextualisierung in Lebenswelten und soziale Beziehungen – sind im professionellen Alltag gut etabliert und insbesondere in der Suchtarbeit ein wichtiges Element. Aus interaktionssoziologischer Sicht ist dafür, wenn Diversität sensitiv berücksichtigt werden soll, Kommunikation nötig, also ein partizipatives Erschliessen und ggf. auch ein Aushandeln der Bedeutung verschiedener Diversitätsdimensionen für die gegenwärtige Interaktionssituation. Denn, so zeigt bspw. eine Studie bei schwedischen Fachpersonen im Bereich der Palliative Care,[34] Personenzentriertheit zu berücksichtigen fällt nicht schwer, solange man sich in bekannten Gefilden bewegt. Geht es hingegen um Unbekanntes, um Fremdes, so ist die Schlussfolgerung nicht weit, dass der Fachperson die entsprechenden Kompetenzen fehlen, um den Klienten/die Klientin adäquat zu verstehen.

Transkulturelle Kompetenz wiederum, welche zwar für den Umgang mit MigrantInnen entwickelt wurde, hat ihrerseits durchaus das Potenzial, Diversität viel breiter zu reflektieren und damit einhergehende spezifische Verschränkungen von Ungleichheitsdimensionen und deren ein- resp. ausschliessende Wirkung zu erkennen. Die drei zentralen Elemente der narrativen Empathie, der Selbstreflexion und des Hintergrundwissens[35] strukturieren diversitätskompetente Interaktion genauso wie transkulturelle Interaktion. Geschicktes Fragen und Zuhören (narrative Empathie) ebenso wie die Entwicklung eines Bewusstseins für die eigene soziale Positionalität und deren Wirkung auf die Interaktionssituation (Selbstreflexion) ermöglichen es, die Zuordnung des Gegenübers in Diversitätskategorien informiert, differenziert und reflektiert vorzunehmen. Partizipative Einbindung des Gegenübers in diesen Prozess ist keine Hexerei, wenn diese beiden Prinzipien auch kommunikativ umgesetzt werden. Bedingung ist hier, dass die Kommunikation auch so ausgelegt ist, dass dem Gegenüber optimale Chancen zur Partizipation gewährt werden (angepasste, sensitive Sprache, im Migrationskontext u.U. auch unter Beizug einer übersetzenden Person). Etwas komplexer wird es mit dem Element des Hintergrundwissens, wenn Transkulturelle Kompetenz auf Diversitätskompetenz erweitert wird. Denn an diesem Punkt ist die zentrale Arbeit der immer wieder neuen Einschätzung von hierarchisierenden Wirkungen durch die jeweils relevanten Intersektionen von Ungleichheit zu leisten. Um Benachteiligungen und Ressourcen zu erkennen, um Diskriminierung zu vermeiden, ist hier ein breites Grundwissen um gesellschaftliche Zusammenhänge und ein Bewusstsein für strukturelle Benachteiligungen notwendig. Ebenso wichtig ist es darum, sich spezifisches Wissen zu bestimmten Diversitätsdimensionen anzueignen oder aber zu wissen, wo es bei Bedarf zugänglich gemacht werden kann (institutionsintern oder auch extern über Vernetzung).[36] Eine fundierte institutionelle Verankerung diversitätsgerechter Suchtarbeit ist gerade auch deshalb eine zentrale Voraussetzung für die tagtägliche Umsetzung diversitätskompetenter Prävention, Beratung und Behandlung.

Potenzial der intersektionalen Perspektive auf Diversität

Dieser Beitrag plädiert somit für eine Perspektive auf Diversität, welche sich an bestehenden Erkenntnissen, Erfahrungen und Konzepten der migrationssensitiven Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung anlehnt. Damit einher geht auch eine Abkehr von dichotomen Zuordnungen in Vertrautes und Fremdes und eine Öffnung hin zu den Vielfältigkeiten dazwischen. Dabei bleibt aber von entscheidender Bedeutung, dass soziales Leben immer – auch in modernen, westlichen, demokratischen Gesellschaften wie der Schweiz – durch Macht und Herrschaft, durch Ein- und Ausschluss gekennzeichnet ist. Pluralisierte Gesellschaften zeichnen sich gerade dadurch aus, dass solche Macht- und Herrschaftsdynamiken nicht klar lokalisierbar sind, sondern in komplexer Weise in gesellschaftliche Strukturen eingewoben sind und dadurch auch individuelles Handeln formen. Der gegenwärtig breit propagierte Fokus auf gesellschaftliche Diversität muss deshalb immer auch unter der Perspektive intersektionaler Ungleichheits- und Diskriminierungskonstellationen verstanden werden. Das grosse Potenzial der Verbindung beider Konzepte – Diversität und Intersektionalität – liegt meines Erachtens für die tägliche Arbeit von Fachpersonen in der Suchtarbeit wie auch allgemein im Gesundheitswesen darin, dass einerseits ein unvoreingenommener Blick auf horizontale Verschiedenartigkeiten gefördert wird, dieser gleichzeitig aber immer auch mit der Sensibilisierung für vertikale, Ungleichheit produzierende Konstellationen von Verschiedenartigkeit verbunden wird. (Selbst)Reflexion

und narrativ-empathische Kommunikation sind unter diesem Gesichtspunkt die zentralen professionellen Fähigkeiten für eine diversitätsgerechte Interaktion. Ermöglichende organisationale Strukturen, welche den Zugang zu Wissen über gesellschaftliche Zusammenhänge und die Schaffung von Reflexionsgefässen ausserhalb der konkreten Interaktion mit KlientInnen garantieren, tragen ihrerseits entscheidend zum professionellen Umgang mit Diversität in der Suchtarbeit bei.●

Literatur

Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Biller-Andorno, N./Clarinval, C./Ganguli Mitra, A. (2015): Vulnerabilität: begriffliche und konzeptuelle Erwägungen. S. 427-431 in: D. Sturma/B. Henrichs (Hrsg.), Handbuch Bioethik. Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.

Crenshaw, K.W. (1991): Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. Stanford Law Review 43(6): 1241-1299.

Domenig, D. (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.

Ehret, R. (2011): Diversity – Modebegriff oder eine Chance für den strukturellen Wandel? S. 43-53 in: E. van Keuk et al. (Hrsg.), Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Giddens, A. (1997): Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt a. M.: Campus.

Heite, C. (2008): Ungleichheit, Differenz und «Diversity» – Zur Konstruktion des professionellen Anderen. S. 77-87 in: K. Böllert/S. Karsunky (Hrsg.), Genderkompetenz in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Infodrog (2013): Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Bern: Infodrog Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. www.tinyurl.com/ya9brey7, Zugriff 21.08.2017.

Klinger, C. (2003): Ungleichheit in den Verhältnissen von Klasse, Rasse und Geschlecht. S. 14–48 in: G.-A. Knapp/A. Wetterer (Hrsg.), Achsen der Differenz. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik 2. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Knapp, G.-A. (2005): «Intersectionality» – ein neues Paradigma feministischer Theorie? Zur transatlantischen Reise von «Race, Class, Gender». Feministische Studien 23(1): 68-81.

López, N./Gadsden, V.L. (2016): Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington DC. www.tinyurl.com/y746ekry, Zugriff 18.08.2017.

Maier, L.J./Salis Gross, C. (2015): Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesebericht der Expertengruppe. Finanziert durch den Schweizer Tabakpräventionsfonds und das Bundesamt für Gesundheit (Sektion Tabak). ISGF-Bericht Nr. 360. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

Mecheril, P. (2003): Prekäre Verhältnisse. Über natio-ethno-kulturelle (Mehrfach-)Zugehörigkeit. Münster: Waxmann.

Mecheril, P./Plösser, M. (2011): Diversity und Soziale Arbeit. S. 278-287 in: H.-U. Otto/H. Tiersch (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Nutbeam, D. (2000): Health Literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 15(3): 259-267.

Pfister, A. (2013): Gendersensibel-diversityorientierte Suchtprävention. Grundlagen und Checkliste für den Schulkontext. Zürich: Stadt Zürich, Suchtpräventionsstelle. www.tinyurl.com/ydxf7w48, Zugriff 21.08.2017.

Pfluger, T./Biedermann, A./Salis Gross, C. (2009): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. www.tinyurl.com/y8rtr7nm, Zugriff 23.08.2017.

Purtschert, P. (2007): Diversity Management: Mehr Gewinn durch weniger Diskriminierung? Von der Differenz im Umgang mit Differenzen. Femina Politica Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft 16(1): 88-96.

Richter, M./Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rüefli, Ch. (2015): Grundlagenanalyse zur Zukunft des Themas Migration und Gesundheit beim Bund. Bern: Büro Vatter. www.tinyurl.com/y7n7txzr, Zugriff 28.08.2017.

Schnyder-Walser, K./Ruflin, R./Grunder, M./Widmer, P. (2015): Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts». Schlussbericht z. Hd. des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: socialdesign. www.tinyurl.com/y7emjt7d, Zugriff am 28.08.2017.

Soom Ammann, E./Salis Gross, C. (2011): Alt und schwer erreichbar. «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» bei benachteiligten Gruppen. München: AVM Verlag.

SRK Schweizerisches Rotes Kreuz (2009): Gesundheitskompetenz zwischen Anspruch und Umsetzung. Zürich: Seismo.

Stamm, H./Lamprecht, M. (2009): Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung.

Streich, W. (2009): Vulnerable Gruppen: «Verwundbarkeit» als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. S. 301-307 in: M. Richter/K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Torres, S./Agard, P./Milberg, A. (2016): The «Other» in End-of-life Care: Providers' Understandings of Patients with Migrant Backgrounds. Journal of Intercultural Studies 37(2): 103-117.

Walgenbach, K. (2012): Intersektionalität – eine Einführung. www.portal-intersektionalität.de, Zugriff 18.08.2017.

Winker, G./Degele, N. (2009): Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten. Bielefeld: Transcript.

Endnoten

1 Vgl. Beck 1986.
2 Vgl. bspw. Giddens 1997; für die Migrationsdimension bspw. sehr elaboriert aufgearbeitet durch Mecheril 2003.
3 Vgl. Stamm/Lamprecht 2009.
4 Vgl. Streich 2009/Biller-Andorno et al. 2015.
5 Vgl. Streich 2009.
6 Vgl. Streich 2009; Stamm/Lamprecht 2009.
7 Vgl. bspw. Soom Ammann/Salis Gross 2011: 31ff.
8 Vgl. Maier/Salis Gross 2015.
9 Vgl. Heite 2008.
10 Vgl. Infodrog 2013.
11 Vgl. Purtschert 2007; Ehret 2011
12 Vgl. bspw. Purtschert 2007; Heite 2008; Ehret 2011; Mecheril/Plösser 2011.
13 Für den Suchtbereich siehe insbesondere: www.infodrog.ch/diversitaet.html
14 Für eine allgemein sozialwissenschaftliche Einführung in das Intersektionalitätskonzept siehe bspw. Winker/Degele 2009 oder Walgenbach 2012.
15 Allgemein siehe bspw. Lopez/Gadsden 2016, suchtspezifisch in der Schweiz siehe bspw. Infodrog 2013; Pfister 2013; Maier/Salis Gross 2015.
16 Der Ursprung des Konzeptes wird in der Regel mit Crenshaw 1991 in Verbindung gebracht.
17 Siehe dazu bspw. Knapp 2005.
18 Vgl. Walgenbach 2012.
19 Vgl. López/Gadsden 2016.
20 Vgl. dazu das soziologische Prinzip der Dualität von Handlung und Struktur aus der Giddens'schen Theorie der Strukturierung: Giddens 1997.
21 Siehe dazu auch die theoretischen Ausführungen von Klinger 2003.
22 Siehe bspw. Rüefli 2015; Publikationen zum Thema Migration unter: www.infodrog.ch/migration.html
23 Siehe bspw. Schnyder-Walser et al. 2015.
24 Übersicht Publikationen zum Thema Geschlecht siehe unter: www.infodrog.ch/gender.html
25 Siehe bspw. Pfister 2013.
26 Publikationen zum Thema Alter und Sucht siehe bspw. unter: www.infodrog.ch/sucht-alter.html
27 Vgl. Nutbeam 2000.
28 Siehe dazu bspw. auch SRK 2009; Soom Ammann/Salis Gross 2011 für Alter oder Maier/Salis Gross 2015 für Tabak.
29 Förderung der Gesundheitlichen Chancengleichheit des BAG unter: www.tinyurl.com/ycx8f39x, Zugriff 29.08.17.
30 Vgl. dazu bspw. Infodrog 2013: 11ff.
31 Im Grundsatz aufgearbeitet sind diese Anforderungen in Pfluger et al. 2009 mit einem spezifischen Fokus auf Migration und Prävention/Gesundheitsförderung; für die Suchtarbeit siehe die umfassende, auf Diversität ausgerichtete Zusammenstellung in Infodrog 2013.
32 Siehe auch Infodrog 2013: 12.
33 Vgl. Domenig 2007.
34 Vgl. Torres et al. 2016.
35 Domenig 2007: 175.
36 Siehe auch Infodrog 2013: 10f.