



DEUTSCH-TÜRKISCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE  
UND PSYCHOSOZIALE GESELLSCHAFT

TÜRK - ALMAN PSİKIYATRİ,  
PSİKOTERAPİ VE PSİKOSOSYAL  
SAĞLIK DERNEĞİ

# Rundbrief

01/2008

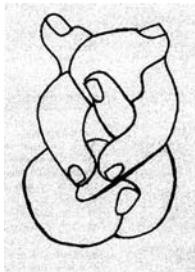
**Turkish German Association  
of Psychiatry, Psychotherapy  
and psychosocial Health**

*applies for the status of an  
affiliative member of WACP*

**Mikrozensus 2005**

**Gesellschaftliche Kosten  
unzureichender Integration  
von Zuwandern und  
Zuwanderinnen in  
Deutschland**

*Welche gesellschaftlichen Kosten  
entstehen, wenn Integration nicht  
gelingt?*



**Deutsch-Türkische Gesellschaft  
für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit e.V.**

**Ehrenpräsidenten:**

Prof. Dr. Metin Özek, Istanbul

Prof. Dr. Wolfgang M. Pfeiffer, Fürth

**1. Vorsitz:** Dr. med. Eckhardt Koch, Marburg

**2. Vorsitz:** PD Dr. phil. Inci User, Istanbul

# Impressum Impressum

**Redaktionsanschrift in Deutschland**

**Dr.med. Meryam Schouler-Ocak**

Leitende Ärztin der Institutsambulanz

Psych. Universitätsklinik der Charité

im St. Hedwig-Krankenhaus

Große Hamburger Str. 5-11

10115 Berlin

Tel.: +49 30 / 23 11 27 86

Fax: +49 30 / 23 11 27 87

E-mail: meryam.schouler-ocak@charite.de

**Redaktionsanschrift in der Türkei**

**PD Dr. phil. Inci User**

Ethemefendi Cad. 2. Çikmaz Sok.

Ahmet Efendi Ap. No. 6/7

81080 Erenköy-Istanbul

Tel.: 0090216 / 356 78 13

Fax: 0090216 / 368 47 54

E-mail: eyuser@superonline.com

**Herausgeber:**

**Meryam Schouler-Ocak, Eckhardt Koch, Inci User, Norbert Hartkamp**

V.i.S.d.P.: Eckhardt Koch Mail: rundbrief@dtgpp.de Net: www.dtgpp.de

**Bankverbindung:**

Postbank Frankfurt/Main • Konto-Nr.: 648 530 608 • BLZ: 500 100 60

ISBN 978-3-7841-1830-7

**Schutzgebühr: 3,-€**

Die hier abgedruckten Artikel liegen inhaltlich in der Verantwortung der Autoren und müssen nicht oder spiegeln nicht in allen Aspekten die Meinung der Redaktion wider.  
Die Pressenotizen wurden wortwörtlich übernommen.

# Inhalt

- 3** Editorial deutsch / türkisch
- 9** Turkish German Association of Psychiatry, Psychotherapy and psychosocial Health applies for the status of an affiliative member of WACP
- 11** Resolution des VI. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresses „Identität(en)“
- 12** VI. Deutsch-Türkischer Psychiatrie - Kongress in Istanbul
- 20** Flüchtlinge, Asylanten, Illegale (*Tagung*)
- 21** Andere Länder, andere Leiden (*Tagung*)
- 22** Asyl und Psychiatrie (*Tagung*)
- 23** Stellenangebot
- 24** Angst vor der Privatisierung - das Gesundheitswesen in der Türkei (*Artikel*)
- 26** Mikrozensus 2005 (*Artikel*)
- 31** Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund (*Buchvorstellung*)
- 32** Gesellschaftliche Kosten unzureichender Integration von Zuwanderer und Zuwanderinnen in Deutschland (*Artikel*)
- 37** Enzyklopädie Migration in Europa (*Buchvorstellung*)
- 37** Migration und Drogenabhängigkeit (*Buchvorstellung*)
- 38** Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten in Deutschland (*Information*)
- 42** Sonnenberger Leitlinien (*Buchvorstellung*)
- 43** Arbeitskreis Psychosomatische Rehabilitation gegründet (*Information*)
- 43** zweiheimisch - Bikulturell leben in Deutschland (*Buchvorstellung*)
- 44** Antrag abgelehnt (*Artikel*)
- 46** Wenn die neue Heimat depressiv macht (*Presse*)
- 47** Besuch an der Klinik für Psychiatrie der Kocaeli-Universität in Izmit (*Information*)
- 48** Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege (*Buchvorstellung*)
- 49** ein Lächeln (*Meditationstext*)
- 50** OECD-Länder: Beschäftigung von Zuwanderern im Gesundheitswesen steigt (*Information*)
- 51** Migration und psychische Gesundheit (*Buchvorstellung*)
- 51** Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten (*Buchvorstellung*)
- 52** Das Arzt-Patient-Gespräch in Bildern (*Information*)
- 53** Innovative Konzepte für Integration und Partizipation (*Buchvorstellung*)
- 53** Religion und Migration (*Buchvorstellung*)
- 54** Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. erhält Janssen-Cilag Zukunftspreis für das Projekt (*Artikel*)
- 55** Ramazan Salman vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover als „Social Entrepreneur“ ausgezeichnet (*Information*)
- 55** Migration - Gesundheit - Kommunikation (*Buchvorstellung*)
- 56** AiD wegen fehlender finanzieller Förderung eingestellt (*Information*)
- 56** Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie (*Buchvorstellung*)
- 57** OECD kritisiert Diskriminierung von Migranten (*Artikel*)
- 58** Unzureichende Integration von Zuwanderern kostet den Staat jährlich 16 Milliarden Euro (*Presse*)
- 59** Russlanddeutsche heute - Identität und Integration (*Buchvorstellung*)
- 60** Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie (*Buchrezension*)
- 61** Das schwache Geschlecht – die türkischen Männer (*Buchvorstellung*)
- 62** „Typisch Türkin?“ (*Buchvorstellung*)
- 62** Sexualpädagogik in interkulturellen Gruppen (*Buchvorstellung*)
- 63** Die Arzt-Patienten-Beziehung (*Buchrezension*)
- 64** Kongressankündigung

# E ditorial

*Liebe Mitglieder,  
liebe Freundinnen und Freunde der DTGPP,  
sehr geehrte Damen und Herren,*

endlich ist es wieder so weit und nach langer Pause erscheint der Rundbrief I/2008. Für Ende des Jahres ist dann der zweite Rundbrief geplant.

Zunächst möchte ich mich bei allen Besuchern, Referenten und Organisatoren unseres **VI. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresses** ganz herzlich bedanken. Wir haben viele und sehr positive Rückmeldungen bekommen. Ich selber habe mich wohl gefühlt und fand den Kongress ausgesprochen anregend, vielfältig in der Thematik, angenehm in der Atmosphäre und insgesamt gelungen. In diesem Rundbrief finden Sie auch einen ausführlichen Kongressbericht. Ich möchte aber gleich darauf hinweisen, dass hier nur eine subjektive Auswahl von Vorträgen und Veranstaltungen besprochen worden ist – eine umfassende Darstellung hätte jeden Rahmen gesprengt. Ich bitte daher um Verständnis bei denjenigen, die sich aktiv beteiligt haben, aber im Kongressbericht nicht gesondert erwähnt worden sind.

Bei unserer letzten Vorstandssitzung, die über die Ostertage in Istanbul stattfand, haben wir auch die Buchpublikation besprochen und entschieden: Es wird in **beiden Ländern ein Kongressbuch** mit einer Auswahl von Vorträgen in Buchform geplant. Der Inhalt ist für die deutsche wie die türkische Ausgabe identisch. D.h., Berichte über die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland sind somit für die Kollegen in der Türkei zugänglich, andererseits können die Leser des deutschen Buches auch Berichte über Themen der türkischen Psychiatrie lesen. Es wird die erste Publikation unserer DTGPP in der Türkei sein, was uns ganz besonders freut.

Bei dem Kongress wurde auch ein **neuer Vorstand gewählt**. Bislang waren sieben der zehn Vorstandsmitglieder aus Deutschland und drei aus der Türkei. – Dieses Verhältnis haben wir

geändert: Jetzt stammen sechs Vorstandsmitglieder aus Deutschland und vier Vorstandsmitglieder aus der Türkei. Diese Verschiebung soll das Gewicht der DTGPP in der Türkei stärken! Wir haben einige neue Mitglieder: In Deutschland sind **Meral Balduk**, Dipl.-Psychologin mit eigener Praxis in Frankfurt und **Dr. Murat Ozankan**, Arzt f. Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter der Migrantenambulanz in Langenfeld neu in den Vorstand eingetreten.

Neu im Vorstand in der Türkei sind Frau **Yrd. Doç. Dr. Feyza Çorapçı**, Psychologin an der Boğaziçi-Universität und Frau **Dr. Elif Mutlu**, Ass.-Ärztin in psychiatrischer Weiterbildung in dem Istanbuler Großkrankenhaus Bakırköy.

Im **nächsten Rundbrief** werden sich alle **neuen Vorstandsmitglieder** mit einem **kleinen Bericht vorstellen**.

Die Tatsache, dass neue Mitglieder in den Vorstand gewählt worden sind, bedeutet aber auch, dass wir Vorstandsmitglieder verabschieden müssen.

Hier möchte ich zunächst **Kurt Heilbronn** nennen, der Gründungsmitglied der DTGPP ist und seit dem ersten Vorstand 1994 als Kassenwart unsere Arbeit in herausgehobener Position begleitet hat. Kurt wollte nach den vielen und auch anstrengenden und aufreibenden Jahren dieser Tätigkeit mit der finanziellen Abwicklung von sechs Kongressen die Aufgaben des Kassenwartes abgeben und gleichzeitig – hoffentlich nur vorübergehend! – aus dem Vorstand ausscheiden. Kurt Heilbronn hat die DTGPP mit seiner Persönlichkeit und auch seiner Biographie als Sohn eines in die Türkei migrierten jüdischen Wissenschaftlers und einer türkischen Mutter mitgeprägt. Wir wissen gar nicht, wie wir uns die Vorstandarbeit ohne Kurt vorstellen können. Als Mitglied des ebenfalls neu gewählten Aufsichtsrates - zweites Mitglied ist **Füsün Sermet-Kneile**, Dipl.-Psychologin in eigener Praxis in Stuttgart - wird er der Entwicklung

der DTGPP weiterhin verantwortliche Impulse geben.

Ebenfalls ausgeschieden als Vorstandsmitglied in Deutschland ist **Cenk Kolcu**, der drei Perioden Mitglied unseres Vorstandes war. Cenk hat als akademischer Mitarbeiter der Hamburgischen Brücke die Arbeit der DTGPP in Norddeutschland repräsentiert. Wir haben Cenk Kolcu den Auftritt von Fatih Akın bei unserem Kongress zu verdanken. Als Bewohner Altonas kennen sich beide seit vielen Jahren – nur so war es überhaupt möglich, Fatih Akın zur Teilnahme an unserem Kongress zu bewegen. Er hatte auch für die tolle Tombola bei unserem Jubiläumssymposium in Marburg vor drei Jahren gesorgt. Auch Cenk wollte etwas Abstand von der Arbeit im Vorstand gewinnen, bleibt aber unserer DTGPP freundschaftlich verbunden.

Als Dritter bleibt **Friedhelm Katzenmeier** zu würdigen. Friedhelm ist ja allen bekannt durch seine Kulturvorträge bei unseren letzten Kongressen und bei der Jubiläumsveranstaltung. Friedhelm Katzenmeier hat die Rolle des väterlichen Weisen von Wolfgang Pfeiffer übernommen und diese wichtige Position bescheiden, gleichzeitig souverän ausgefüllt.

In der Türkei ist Frau **Yrd. Doç. Dr Yeşim Korkut**, Psychologin an der Istanbul-Universität, aus dem Vorstand ausgeschieden. Wir danken Yeşim die in unserem Jubiläums-Rundbrief publizierte Studie über Anpassungsstörungen von Arbeitsmigrantinnen aus der GUS in der Türkei und ein Symposium zum Thema „Migration“ bei unserem Kongress, das die Türkei auch als Einwanderungsland darstellt. Yeşim Korkut war über zwei Perioden in unserem Vorstand vertreten und wir werden sie sehr vermissen.

Allen ehemaligen Vorstandsmitgliedern sei ganz, ganz herzlich gedankt wie auch den ausgeschiedenen Aufsichtsräten **Etem Ete** und **Hüseyin Okur!**

An weiteren Neuigkeiten ist zu berichten, dass wir als DTGPP seit Dezember letzten Jahres **affiliated member der WACP (World Association of Cultural Psychiatry)** geworden sind. Mit dieser Verbindung treten wir erstmals über die binationalen Organisation zwischen Deutschland und der Türkei hinaus und knüpfen institutionell verankerte Kontakte zur kulturellen Psychiatrie in die ganze Welt.

Bei einem von Hans-Jörg Assion organisier-

ten „Dutch-German Meeting on Transcultural Psychiatry“ zum Thema „Refugees, asylum seekers and illegals“ am 12. Mai 2007 in Bochum entwickelte sich eine **Kooperation zwischen unserer DTGPP und den Niederlanden**, die mit einem weiteren Symposium im Herbst in Holland vertieft werden sollen.

Es gab noch weitere Tagungen, die hier nur kurz erwähnt werden sollen: Am 7. Dezember fand in der Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd das vielbeachtete Symposium „**Asyl und Psychiatrie**“ statt. Die Publikation dieses Symposiums wird aktuell vorbereitet. Es findet sich im Rundbrief auch ein gesonderter Bericht über diese Veranstaltung.

Auch die Tagung „**Integration durch ambulante Behandlung**“ am 23. Februar d.J. in der Klinik Bamberger Hof in Frankfurt wurde von der DTGPP gemeinsam mit Artur Diethelm, dem Leitenden Arzt dieser ambulanten und teilstationären Einrichtung, organisiert.

Das Abschiedssymposium von Wieland Machleidt von der Medizinischen Hochschule in Hannover fand nur eine Woche nach unserem Istanbuler Kongress statt. Auch zu dieser Veranstaltung gibt es einen eigenen Bericht im vorliegenden Rundbrief.

Ein ganz wichtiger Hinweis: Frau Dr. Solmaz Golsabahi organisiert nach dem ersten deutschsprachigen Kongress für transkulturelle Psychiatrie, der kurz vor unserem Istanbuler Kongress in Witten-Herdecke stattgefunden hatte, einen zweiten Kongress in Wien! Dieser Kongress findet vom **26.-28. September 2008** statt. **Schwerpunktthema sind Flüchtlinge**. Informationen über diesen Kongress finden Sie unter [www.transkulturelle-psychiatrie.de](http://www.transkulturelle-psychiatrie.de) Auch die DTGPP ist im Organisationsgremium dieses Kongresses vertreten und alle Mitglieder sind herzlich zu einer Teilnahme in Wien eingeladen!

Am Samstag, dem 8. November d.J. wird in Bad Dürkheim eine nach unserer Satzung erforderliche Mitgliederversammlung stattfinden. Diese Versammlung findet zusammen mit einem Symposium zum Thema „**Bedrohte Identitäten**“ und einem Treffen des Arbeitskreises Rehabilitation (ART), der sich in diesem Jahr unter dem Dach der DTGPP konstituiert hat (s. auch gesonderten Bericht) statt. Dr. Matthias Münch, Chefarzt der

Rhein-Haardt-Klinik, wird unser Gastgeber sein. Bitte merken Sie sich diesen Termin schon einmal vor, Programm und weitere Informationen werden rechtzeitig bekannt gegeben.

Und nun noch einige Glückwünsche: Seit März 2008 ist **Michael Grube** aus Frankfurt Chefarzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie-Psychosomatik am Klinikum Frankfurt-Höchst. Bereits vor einem Jahr hatte er sich an der Frankfurter Universität habilitiert. Michael Grube war von 1994 bis 1996 der erste Schriftführer der DTGPP.

Im April dieses Jahres hat sich unsere zweite Vorsitzende **Inci User** in Soziologie habilitiert. Sie wird weiterhin als Dozentin am Fachbereich Soziologie an der Marmara-Universität in Istanbul tätig sein.

Ebenfalls im April wurde **Meryam Schouler-Ocak**, unsere langjährige Schriftführerin, die seit knapp vier Jahren als Oberärztin an der Psychiatrischen Klinik der Charité in Berlin arbeitet, zur stellvertretenden Vorsitzenden der Sektion Transkulturelle Psychiatrie der EAP (European Association of Psychiatrists) gewählt.

So viel erst einmal für heute – wir werden über die geplante elektronische Rundmail noch vor Erscheinen des Rundbriefes II/2008 wieder über neue Entwicklungen berichten.

*Mit ganz herzlichem Gruß*

*Ihr und Euer  
Eckhardt Koch  
für die Herausgeber*

## der **neu gewählte** Vorstand

**1. Vorsitzender:** *Dr. med. Eckhardt Koch*  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Cappeler Str. 98  
D-35039 Marburg  
Tel.: +49-6421-404-304 oder -411  
Fax: +49-6421-404-431  
Mail: eckhardt.Koch@t-online.de

**2. Vorsitzende:** *PD Dr. phil. Inci User*  
Marmara Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü  
Ziverbey Kampüsü  
TR - 81040 Göztepe, İstanbul  
Tel.: +90-216-345-1186  
Mail: eyuser@superonline.com

**Kassenwart:** *Dr. med Friedhelm Röder*  
Psychiatrische Klinik  
Sailerweg 29  
D-36251 Bad Hersfeld  
Tel.: +49-66 21-88 20 65  
Fax: +49-66 21-88 20 59  
Mail: Roeder-HEF@t-online.de

## Vorstand **DTGPP**

gewählt am 13. September 2007

**Schriftführerin:**

*Dr. med. Meryam Schouler-Ocak*

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus  
Große Hamburger Straße 5-11  
D-10115 Berlin

Tel.: +49-30-23 11-27 86

Fax: +49-30-23 11-27 87

Mail: meryam.schouler-ocak@charite.de

**Beisitzer:**

*Dipl. Psych. Meral Balduk*

Im Trutz Frankfurt 51

60322 Frankfurt a.M.

Tel: +49 069 - 710 350 18

Fax: +49 069 - 710 350 39

Mail: m.balduk@web.de

*Yrd. Doç. Dr. Nermin Çiftçi*

Uludağ Üniversitesi, Eğitim Fak.

TR-16059 Görükle, Bursa

Tel.: +90-224-442-9204

Fax: +90-224-442-9214

Mail: nermin\_ciftci@yahoo.com

*Dipl.-Psych. Feyza Çorapçı*

Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü

34342 Bebek İstanbul

Tel.: +90 212 359 73 23

Mail: feyza.corapci@boun.edu.tr

*Dr. med. Norbert Hartkamp*

Stiftungsklinikum Mittelrhein Gesundheitszentrum zum Hl. Geist  
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Hospitalgasse 2

D-56154 Boppard

Tel.: +49-6742-101-572

Fax: +49-6742-897369

Mail: hartkamp@pthweb.de

*Dr. med. Elif Mutlu*

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

4. Psikiyatri Kliniği, Bakırköy

Istanbul

Tel.: +90 212 543 65 65 - 1547

Mail: elifmutlu@yahoo.com

*Dr. med. Murat Ozankan*

Rheinische Kliniken Langenfeld Migrantenambulanz

Kölner Str. 82

40764 Langenfeld

Tel.: +49 2173 - 102 22 40

mail: murat.ozankan@lvr.de

*Sevgili Üyelerimiz, TAPDER'in Sevgili Dostları,  
Hanımfendiler, Beyefendiler*

Uzun bir aradan sonra nihayet 2008/1 sayılı bültenimiz hazırlanmış oldu. Bu yılın sonunda ikinci bültenimizi çıkartmayı planlıyoruz.

Öncelikle VI. Türk-Alman Psikiyatri Kongresi'ne katılan tüm konuşmacılara, izleyicilere ve düzenleme kuruluna içtenlikle teşekkür ederim. Kongremiz hakkında pek çok olumlu geribildirim aldık. Ben de kongre esnasında kendimi çok iyi hissettiğimi söyleyebilirim: Kongre sunduğu konu çeşitliliği ile heyecan vericiydi, hoş bir atmosferde devam etti ve bir bütün olarak başarılıydı. Bu bültende ayrıntılı bir kongre raporuna da yer veriyoruz, ancak bu raporda tüm sunumlar ve organizasyonlar hakkında bilgi vermek mümkün olmadı. Daha ayrıntılı bir rapor için yeterli olacak yerimiz yoktu. Bu nedenle, kongreye katılan, ama kendi katkılarına raporda değinildiğini görmeyen herkesten özür diliyorum.

Mart sonunda İstanbul'da yaptığımız son yönetim kurulu toplantısında, kongre başkanlarımızın da katılımıyla kongre kitabı konusunu görüşme fırsatımız oldu. Kongredeki sunumların bir bölümü hem Türkiye hem de Almanya'da yayınlanacak. Böylece, Türkiye'de yaşayan meslektaşlarımız Almanya'ya göç etmiş kişilere sunulan psikososyal hizmetler hakkında bilgi alırken, Almanya'da yaşayan meslektaşlarımız da Türk psikiyatrisini ilgilendiren konular hakkında bilgi almış olacaklar. Bu kongre kitabı TAPDER'in Türkiye'deki ilk yayını olacağı için de bizi heyecanlandırıyor.

Kongre esnasında yeni bir yönetim kurulu seçimi de yapıldı. Daha önceki yönetim kurulu üyelerinin yedisi Almanya'dan, üçü ise Türkiye'den seçilmişti. Bu defa, TAPDER'i Türkiye'de güçlendirmek üzere, Almanya'dan altı, Türkiye'den dört yönetim kurulu üyesi seçildi. Yönetim kurulunun bazı üyeleri bu görevi ilk kez yapıyorlar: Frankfurt'da serbest çalışan klinik psikolog Meral Balduk ve Langenfeld göçmenler polikliniği yöneticisi, psikiyatri ve piskoterapi uzmanı Dr. Murat Ozankan Almanya'dan seçilen yeni yönetim kurulu üyelerimiz. Türkiye'den yeni katılan üyelerimiz

ise Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Yard. Doç. Dr. Feyza Çorapçı ile Bakırköy... psikiyatri asistanı Dr. Elif Mutlu. Bir sonraki bültenimizde tüm yeni üyelerimiz kendileri hakkında kısa birer bilgi verecekler. Yeni yönetim kurulu üyelerinin seçilme nedeni kimi arkadaşlarımızın bu görevi bırakmasıydı. Bu bağlamda öncelikle TAPDER'in kurucu üyesi olan ve 1994 yılından beri sayman olarak çalışmalarımıza özel bir katkı sunmuş bulunan Kurt Heilbronn'u anmak istiyorum. Kurt bu uzun yıllar boyunca, altı kongrenin hesapları dahil çok yüklü ve yorucu bir görevi yerine getirdi ve bu yıl hem saymanlıktan, hem de – umarız ki geçici olarak – yönetim kurulu üyeliğinden ayrılmak istedi. Kurt Heilbronn gerek kişiliği, gerekse de Türkiye'ye göç etmiş musevi bir bilim adamının oğlu olarak kişisel biyografisi ile TAPDER'de iz bırakmış bir dostumuzdur. Kurt olmadan yönetim kurulu çalışmasını nasıl sürdürileceğimizi hayal etmekte güçlük çekiyoruz. Ancak, yeni seçilen denetim kurulumuzdaki göreviyle (ikinci deneşim kurulu üyesi Stuttgart'da serbest çalışan uzman psikolog Füsun Sermet Kneile) Kurt'un TAPDER'e anlamlı katkılar vermeye devam edeceğini düşünüyoruz.

Üç dönem boyunca yönetim kurulumuzda görev yapmış olan Cenk Kolcu da bu dönem ayrıldı. Hamburg Brücke akademik üyesi olan Cenk, derneğimizin Kuzey Almanya'daki temsilcisi konumundaydı. Altona'dan uzun süredir tanıştığı Fatih Akın'ın kongremize katılmasını sağlayan da Cenk Kolcu oldu. Üç yıl önce Marburg'da gerçekleştirdiğimiz onuncu yıl kutlamasındaki tombalayı da düzenlemiş olan Cenk arkadaşımız bir süre yönetim kurulundan ayrı kalmayı arzu etti, ancak TAPDER'e bağlılığı ve dostluğu sürmekte. Anmamız ve teşekkür etmemiz gereken üçüncü kişi de Friedhelm Katzenmeier. Friedhelm son kongrelerimizde ve onuncu yıl kutlamamızda verdiği kültür konferansları ile hepinizin tanıdığı bir dostumuzdur. Daha önceleri Wolfgang Pfeiffer'in benimsemiş olduğu babacan bilge rolünü üstlenmiş ve mükemmel bir biçimde yerine getirmiştir.

Türkiye'de ise İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Yeşim Korkut yönetim kurulundan ayrıldı. Yeşim, onuncu yıl için çıkan özel bültenimizde yer alan ve Türkiye'deki göçmen kadınların sorunlarının incelendiği araştırma makalesinin yazarıdır ve son kongremizde göç alan bir ülke olarak Türkiye'nin durumunu ele aldığı bir panel düzenlemiştir. İki dönem boyunca yönetim kurulunda çalışmış olan Yeşim'i hepimiz çok özleyeceğiz.

Tüm eski yönetim kurulu üyelerimize ve eski denetim kurulumuzu oluşturan Dr. Etem Ete ile Dr. Hüseyin Okur'a içten teşekkürler ederiz.

Sizinle paylaşmak istediğimiz bir diğer haber, TAPDER'in Aralık 2007 itibarıyle WACP (World Association of Cultural Psychiatry – Dünya Kültürel Psikiyatri Derneği) ile affiliated member olduğunu. Bu bağlantı ile ilk kez iki uluslararası kuruluş olma niteliğini aşarak daha geniş uluslararası ilişkilere açılmış oluyoruz.

Hans Jörg Assion tarafından 12 Mayıs 2007'de Bochum'da düzenlenen "Mülteciler, sığınmacılar ve kaçak göçmenler" temalı Hollanda-Alman Transkültürel Psikiyatri Toplantısı'ndaki sunumlar şu anda yayına hazırlanıyor. Bu toplantıda TAPDER olarak Hollanda ile kurmuş olduğumuz teması sonbaharda Hollanda'da yapılacak bir başka toplantı ile geliştirmeyi planlıyoruz.

Kısaca değinilmesi gereken başka toplantılarımız da oldu: 7 Aralık'ta Marburg Süd Psikiyatri ve Psikoterapi Kliniği'nde gerçekleşen "Sığınmacılık ve Psikiyatri" sempozyumu çok ilgi gördü. Bu bültende söz konusu toplantının da bir raporunu bulabilirsiniz. TAPDER 23 Şubat'ta Frankfurt Bamberger Hof Kliniği'nde gerçekleşen "Ayaktan Tedavi Aracılığıyla Entegrasyon" toplantısının da düzenlemesine katkıda bulundu (bkz. Artur Diethelm'in raporu).

Wieland Machleidt'in Hannover Tıp Fakültesi'nden ayrılışı onuruna düzenlenen sempozyum bizim İstanbul'daki kongremizin bir hafta sonrasında gerçekleşti. Bütçede bu toplantının raporunu da okuyabilirsiniz.

Çok önemli bir hatırlatma: İstanbul kongre-

sinden birkaç gün önce Witten-Herdecke'de ilk Almanca transkültürel psikiyatri kongresini düzenlemiş olan Dr. Solmaz Golsabahi 26-28 Eylül 2008'de Viyana'da ikinci bir kongre gerçekleştirecek. Ana teması kaçaklar olan bu toplantı hakkında [www.transkulturelle-psychiatrie.de](http://www.transkulturelle-psychiatrie.de) adresi altında bilgi bulabilirsiniz. Bu kongrenin hazırlayanları arasında TAPDER de bulunuyor ve tüm üyelerimizin katılımını bekliyoruz.

Yönetmeliğimiz uygun olarak, bu yıl için de bir genel kurul toplantı yapmamız gerekmektedir. 8 Kasım 2008'de, Bad Dürkheim'da genel kurul ile birlikte „Tehdit Altındaki Kimlikler“ başlıklı bir sempozyum ve bu yıl bizim çatımız altında kurulmuş olan (bkz. İlişkin rapor) Rehabilitasyon Çalışma Grubu'nun bir toplantı gerçekleştirecektir. Ev sahibimiz ise Rhein-Haardt-Klinik şefi Dr. Matthias Münch'dür. Lütfen şimdilik tarihi kaydediniz. Program ve diğer bilgiler zamanı geldiğinde elinize ulaşacaktır.

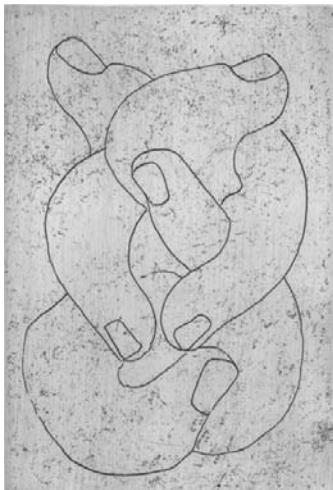
Ve şimdi bir kaç sevindirici haber: Frankfurt'dan Dr Michael Grube Mart 2008 itibarıyle Frankfurt-Höchst Kliniği Psikiyatri ve Psikoterapi-Psikosomatik Bölümü Şefi olmuştur. Bundan bir yıl önce doçent olan Dr. Grube 1994-1996 yılları arasında derneğimizin ilk yazmanı olarak görev yapmıştır. Nisan ayında ise ikinci başkanımız İnci User doçent unvanı almıştır ve Marmara Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'ndeki görevine davet etmektedir. Ve yine Nisan ayında, uzun yıllarda yazmanımız olan ve yaklaşık dört yıldır Berlin Charité Psikiyatri Kliniği'nde uzman olarak görev yapan Dr. Meryam Schouler-Ocak Avrupa Psikiyatri Derneği (EAP; European Association of Psychiatrists) Kültürel Psikiyatri Bölümü'ne başkan vekili seçilmiştir.

Bugünlük bu kadar. 2008-II sayılı bültenimiz çıkmadan elektronik bir mektupla yeni gelişmeleri de sizlere iletmemi umuyorum. Hepinizi içtenlikle selamlıyorum,

Eckhardt Koch  
Editörler adına

# **Turkish German Association of Psychiatry, Psychotherapy and psychosocial Health**

*applies for the status of an affiliative member of WACP*



## **Dr. Eckhardt Koch**

Turkish German Association of Psychiatry,  
Psychotherapy and Psychosocial Health  
(DTGPP e.V.)  
Clinic of Psychiatry and Psychotherapy  
Marburg-Süd  
Cappeler Str. 98  
D-35039 Marburg  
Germany

## **To Prof. Wen-Shing Tseng President of WACP**

With this letter the Turkish German Association of Psychiatry, Psychotherapy and psychosocial Health applies for the status of an affiliative member of WACP

### **History of DTGPP:**

In the 1980's and early 1990's German psychiatrists, psychotherapists, and social-workers became increasingly aware of the mental health problems of the so-called "guest-workers" (migrant workers). Whereas the largest group of migrants were of Turkish origin, only very few institutions specifically dealt with the psychosocial problems of this group. There was however a growing number of young medical professionals, psychologists and social workers of Turkish origin, who graduated from German Universities, but who mostly remained disconnected among them.

At the same time in Turkey there was a considerable number of medical professionals who had been educated in Germany, and who tried to keep professional bonds with the German Psychiatry.

In 1993 a working group in Hannover came up with the idea of a joint German-Turkish psychiatric conference. The Ethno-Medical Centre in Hannover (Dr. Jürgen Collatz, Dr. Hüseyin Okur, Ramazan Salman) developed further this plan together with Prof. Metin Özak, Prof. Dr. Wolfgang M. Pfeiffer and Dr. Eckhardt Koch.

In April 1994 Prof. Dr. Metin Özak (Istanbul, Turkey) and Prof. Dr. Wolfgang M. Pfeiffer (Erlangen, Germany) became presidents of the First German-Turkish Congress of Psychiatry, which was organized in collaboration with Dr. Eckhardt Koch, who served as a conference-secretary. The congress took place in Antalya, Turkey.

Dr. Özak at that time was full Professor of Psychiatry at the Psychiatric Department of Istanbul University. Between 1954 and 1959 he had been working at the Universities of Freiburg (Germany), Tübingen (Germany), and Zürich (Switzerland).

In the 1970's he again stayed in Germany for almost 3 years at the University of Heidelberg. During that time he published an important survey on psychological disorders of Turkish migrants in Germany.

Metin Özak was the first University teacher in Turkey to establish Social Psychiatry. He also was one of the founders and member of the board of the Turkish Peace Foundation. Because of this activity he was detained for 38 months between 1982 and 1986. In 1990 he was fully rehabilitated and again joined the Medical Faculty of Istanbul University. In 1992 M. Özak and E. Koch established a cooperation between the Psychiatric Department of Istanbul University and the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy Marburg-Süd, Germany.

The psychiatrist Dr. Wolfgang M. Pfeiffer was a retired Prof. of Medical Psychology at the University of Münster, Germany. In the time of 1950 to 1960 he had stayed in Indonesia for several years as director of

a psychiatric hospital in Java and in 1972 he published the first textbook on Transcultural Psychiatry in german language. Prof. Pfeiffer was the leading scientist in this field in Germany with an impressive list of publications in international journals.

More than 220 experts from Germany, Turkey, Switzerland and Austria joined the very successful 1st Turkish-German psychiatry congress. The proceedings and the resolution of this congress had utmost significance, as they for the first time in Germany brought to public attention the specific needs of psychosocial care for migrants of Turkish origin in Germany. One of the main goals of the congress was the formation of a Turkish-German Society of Psychiatry (DTGPP e.V.), which took place in November 1994 in Marburg. The by-laws of the society permit membership for persons from Germany, Switzerland, Austria, and other western European countries, as well as from Turkey. The first presidents of the society were Prof. Metin Özak in Turkey and Dr. Eckhardt Koch in Germany.

### **Objectives of DTGPP:**

The main objective of the society is to support the cooperation of psychiatric experts in Turkey and Germany. German-Turkish conferences at regular intervals were established to achieve this goal. In September 2007 the 6th German-Turkish Congress took place in Istanbul.

Another objective is to support scientific investigations and training in cultural psychiatry.

The objectives of the society are formulated in both German and Turkish, translation into English is currently in progress. The German text is published on the society's website at <http://www.dtgpp.de>

### **Members of DTGPP:**

A current analysis of our members (altogether 226) show for Germany:

Medical doctors (non-psychiatrists):

20 (10 of Turkish origin)

Psychiatrists: 83 (23 of Turkish origin)

Psychologists: 37 (27 of Turkish origin)

Social Scientists, and social workers:

31 (18 of Turkish origin)

**In Turkey 35 Psychiatrists and 20 Psychologists are member of DTGPP.**

### **Publications of DTGPP:**

DTGPP published up to now five books (three proceedings) in a special series at Lambertus-Verlag,

Freiburg.

The society's newsletter is published twice a year. The society's homepage is going to be updated weekly.

The proceedings of the Istanbul congress 2007 are going to be published in German and Turkish language in two different books.

### **Further activities of DTGPP:**

The society organizes a German-Turkish Psychiatric Congresses every three years. The next congress will be in Berlin in 2010. Presidents elect for Germany is Prof. Dr. Andreas Heinz from Charité University Hospital, Berlin and Prof. Güler Fisek from Bosphorus-University, Istanbul.

### **Former congresses:**

I. German-Turkish Congress of Psychiatry:  
April 1994 in Antalya: 220 participants

II. German-Turkish Congress of Psychiatry:  
March 1996 in Istanbul: 440 part.

III. German-Turkish Congress of Psychiatry:  
September 1998 in Berlin: 330 part.

IV. German-Turkish Congress of Psychiatry:  
September 2000 in Antalya: 150 part.

V. German-Turkish Congress of Psychiatry:  
September 2003 in Essen/Ger.: 320 part.

VI. German-Turkish Congress of Psychiatry:  
Sept. 2007 in Istanbul: 300 part.

In between the society organizes smaller Symposia both in Germany and in Turkey. The last symposium (on the topic of Asylum and Psychiatry) took place on Dec. 7th, 2007 in Marburg with more than 80 participants.

The society also joins the main psychiatric congresses in Turkey and Germany with own lectures and symposia that are organized by DTGPP.

A final important activity is the facilitation of palpable collaborations between psychiatric institutions in Germany and Turkey. More details on these activities can be given separately.

*Dr. Eckhardt Koch  
President of DTGPP  
Marburg, Germany, 2007-12-16*



Tagung

# Resolution

des VI. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresses

vom 12. – 15. September 2007 in Istanbul „Identität(en)“

Veranstaltet von der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Versorgung e.V. (DTGPP – TAP-Der)

*Der Kongress wurde von 350 Teilnehmern besucht, davon 180 aus der Türkei, 150 aus Deutschland sowie anderen europäischen Ländern (Niederlande, Schweiz, Schweden, Österreich, Großbritannien). Das Kongressthema wurde interdisziplinär erarbeitet. Besonders wichtig war hier die Kommunikation zwischen Soziologie, Ethnologie, psychosoziale Versorgung, Sozialer Arbeit, und dem psychologischen und medizinischen Gesundheitsbereich.*

Erweitert wurde die Perspektive durch Kunst (Identität in Literatur, Film und Musik) sowie Geisteswissenschaften, weil hier in der Migration eher Potentiale als Belastungen gesehen werden.

Als wichtiger Aspekt erschien die individuelle Konstruktion der Identität auf dem Hintergrund von Geschlecht, sozialen und kulturellen Einflüssen. Diese erfordert die Möglichkeit positiver Identifikationspunkte und die Freiheit von Diskrimination und Vorurteilen.

Wie Deutschland ist die Türkei zunehmend ein Zuwanderungsland. Auch findet Pendelmigration zwischen Herkunfts- und Einwanderungsländern statt. Auf dem Kongress wurden die positive Aspekte der Migration und der kreativen individuellen Identitätsbildung aus mehreren Kulturen betont.

Als Konsequenzen aus dem Kongress ergeben sich für die psychosoziale Versorgung vor dem Hintergrund der Migration die folgenden Punkte:

- Die Stärkung der Zusammenarbeit auf europäischer Ebene einschließlich der Türkei bei der Weiterentwicklung der Versorgungsinstitutionen
- Die Öffnung aller Regelinstitutionen und Versorgungsbereiche für Migranten
- Die Erhebung migrations-relevanter Basisdaten, auf deren Grundlage eine angemessene Versorgung entwickelt werden muss
- Die Förderung der kultursensiblen Forschung (Weiterentwicklung kultursensibler Erhebungsinstrumente unter Einschluss qualitativer Verfahren)
- Die Förderung des interdisziplinären Dialogs
- Die Finanzierung und Förderung der notwendigen Forschungsmaßnahmen muss zeitnah erfolgen

*Prof. Dr. Güler Fisek (Istanbul)  
Kongresspräsidentin Türkei*

*Prof. Dr. Andreas Heinz (Berlin)  
Kongresspräsident Deutschland*

*Docent Dr. Peykan Gökalp (Istanbul)  
Vizepräsidentin Türkei*

*Dr. Eckhardt Koch (Marburg)  
Vizepräsident Deutschland*

*Yrd. Docent Dr. Inci User  
Kongresssekretärin Türkei*

*Dr. Meryam Schouler-Ocak  
Kongresssekretärin Deutschland*



## Tagung

Eckhardt Koch (Marburg),  
Norbert Hartkamp (Boppard)



# VI. Deutsch-Türkischer Psychiatrie-Kongress

vom 12. bis 15. September 2007 in Istanbul  
Deutsch-Türkischer Psychiatrie-Kongress

Vier Jahre nach dem V. Kongress in Essen fand der VI. Kongress der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V. (DTGPP bzw. TAP-Der.) an der Boğaziçi-Universität in Istanbul statt. Das geschichtsträchtige in einem weitläufigen Park in dem alten Istanbuler Stadtteil Bebek gelegene Gelände erwies sich mit seiner attraktiven architektonischen Mischung historischer und moderner Gebäude und seinen guten räumlichen Möglichkeiten für Vorträge und Arbeitsgruppen als hervorragend geeignet. Platz für Begegnungen und kollegiales Gespräch fand sich in den Pausen unter schattigen Bäumen mit atmosphärischen Ausblicken auf den Bosporus und den asiatischen Teil der Stadt.

Bereits 1863 wurde hier das Robert-College gegründet und 1871 zu dem heute noch im Kern bestehenden Campus erweitert. 1971 wurde die Anlage dann dem türkischen Staat übergeben, der die Boğaziçi Universität etablierte. In den letzten Jahrzehnten wurde die Universität sowohl räumlich als auch akademisch weiter ausgebaut bis zu dem jetzigen modernen und attraktiven Standard.

Am 12. September 2007 wurde der Kongress in dem historischen Festsaal des „Eski kampüsü“ (alter Campus) von der Präsidentin der Türkischen Seite, der Professorin für Psychologie, Frau. Dr. Güler Fisek eröffnet. In alter Tradition gab es auch bei diesem Kongress zwei

Präsidenten: Für die Deutsche Seite hatte der Professor für Psychiatrie, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte, Dr. Andreas Heinz, diese Position inne. Das Kongressthema „Identität(en)“ ermöglichte eine breite interdisziplinäre Herangehensweise. Die Verteilung von Referenten aus der Türkei und aus Deutschland war – wie auch die der Teilnehmer – recht ausgewogen. Dabei war erfreulich und für die Teilnehmer bereichernd, dass dank der qualitativ sehr guten Simultanübersetzung Vorträge in beiden Sprachen für alle Teilnehmer zugänglich waren.

Noch vor der offiziellen Eröffnung wurden in einem literarischen Symposium Bücher zweier türkischer Autoren aus Deutschland vorgestellt.

Eckhardt Koch berichtete über den Roman von Güney Dal „Europastraße 5“, in dem es um Identitätsprobleme eines Arbeitsmigranten und dessen Schwierigkeit geht, den in Deutschland illegal verstorbenen Vater in die Heimat zurückzuschaffen. In einer zum Teil makaberkomischen Weise, die an die Tradition von Aziz Nesin anknüpft, werden bspw. Identitätsbrüche, traditionelle Beziehung zu den Eltern und die Entfremdung von den Kindern thematisiert. Auch die politische Situation der damaligen Zeit wird in den 1981 erschienenen Roman eingebunden.

Inci User stellte dann Aslı Sevindim's Roman „Candlelight Döner“ vor, der in leichter und

amüsanter Weise über das Leben von Türken der zweiten Generation in Deutschland schwadroniert. In dem Roman werden nicht nur Lebensgewohnheiten von türkeistämmigen Migranten witzig dargestellt - „In meinem Leben gibt es zwei entscheidende Faktoren: Familie und Essen. Von beidem reichlich!“ - auch die Selbstisolierung vieler Türken in Deutschland wird durchaus selbstkritisch angesprochen.

Die Sprachwissenschaftlerin Dilek Dizdar, die zu Zeit Emine Sevgi Özdamar aus dem Deutschen ins Türkische übersetzt und die an der Boğaziçi-Universität Übersetzer ausbildet, sprach über ihre Doppelrolle als Wissenschaftlerin und als Übersetzerin. Übersetzung eines literarischen Textes bedeutet stets auch eine Transformation und bewege sich im Spannungsfeld zwischen Verfremdung und Aneignung und somit nicht nur eine reine Übertragung eines Textes in eine andere Sprache, sondern eine Neuformulierung. Frau Dizdar sah vor diesem Hintergrund Migranten als Translatoren zwischen unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Räumen.

Der Eröffnungsvortrag von Güler Fişek fokussierte das **Thema „Identitäten“**, wobei sie durchaus auch persönliche Aspekte einbezog, wenn sie anmerkte, dass in ihrer Biographie neben dem türkischen auch ein amerikanischer und osmanischer Hintergrund eine Rolle spielen. In ihren Darlegungen bezog sie sich auf Erik H. Erikson, in dessen Sicht **Selbst- und Identitätsfindung aufs engste miteinander verknüpft** sind. In seiner Sicht ist ein Entwicklungsziel die Integration von Identität. Güler Fişek sah diesen Ansatz Eriksons als charakteristisch an für eine „westliche“ Form der Identitätsbildung, wobei sie gleichzeitig unterstrich, der Begriff der Identität sei historisch gesehen durchaus neu. Sehe man das Selbst als eher kaleidoskopartig, als komplexes Selbst, so stelle sich die Frage, wie das Gleichgewicht zwischen Bemühen um Identität und verschiedenen Identitätsaspekten hergestellt und gesichert werden könne.

In seinem Vortrag zu „**Illness discourse and identity**“ nahm Can Cimilli zunächst eine Definition grundlegender Begriffe wie „Krankheit“ und „Krankheits-Narrativ“ vor, wobei er herausstrich, dass Krankheitsnarrative oftmals die Funktion haben, die gefährdete Kohärenz des

Selbst zu sichern. Dies gilt insbesondere im Fall chronischer oder lebensbedrohender Erkrankungen. Interindividuell geteilte Krankheitsnarrative können wiederum eine die Gesundung fördernde Funktion ausüben, so wie dies bspw. bei den Anonymen Alkoholikern, in Selbsthilfegruppen, in Gruppentherapien oder auch in Gesprächen mit Angehörigen und Freunden der Fall sein kann. Umgekehrt ist die Unmöglichkeit, ein Krankheits-Narrativ zu konstruieren eine der Grundlagen von Somatisierung, wobei das Fehlen des Narrativs die Notwendigkeit, dem Inneren über körperliche Symptome Ausdruck zu geben nach sich zieht.

James W. Pennebaker berichtete unter dem Titel „**Narrative, Identity, and Health**“ über seine Untersuchungen mit der von ihm entwickelten „**emotional writing task**“. Diese Aufgabe besteht darin, über eine Folge von Tagen hin täglich 20 bis 30 min über emotional belastende Ereignisse der eigenen Biographie zu schreiben. Eine Vielzahl von Studien über die letzten 20 Jahre konnte nachweisen, dass diese Form des Schreibens in konsistenter Weise zu Verbesserungen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens und zu verminderter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führt. Dabei spielt die Notwendigkeit eine Rolle, die Bedeutung lebensgeschichtlicher Ereignisse anzuerkennen und die damit verbundenen Gefühle zu benennen, was meist auch mit einer Veränderung der Perspektive auf diese Ereignisse verbunden ist. Gegenwärtig laufende Studien mit zweisprachig aufgewachsenen Probanden - dies lassen vorläufige Ergebnisse erkennen - unterstreichen die zusätzliche positive Wirkung eines Wechsels der Sprache im Berichten emotionaler Ereignisse und Zusammenhänge.

Levent Küey beschrieb in seinem Vortrag **Identität und Diagnose als einen Prozess gemeinsamer Re-Konstruktion**. Insbesondere wies er auf die Schwächen der gegenwärtigen diagnostischen Systeme hin, die in ihrem kategorialen Aufbau begründet liegen. Jedes klinische Wissen habe sich der Spannung zwischen dem Bedürfnis nach prognostischer Relevanz und Sicherheit einerseits und der Notwendigkeit, komplexe Wirklichkeiten angemessen abzubilden, zu stellen. Vor diesem Hintergrund müsse beachtet werden, dass die Wissensbestände,

die Grundlage des klinischen Handelns sind, nicht die Wirklichkeit selbst darstellen, sondern auf weithin geteilten Überzeugungen innerhalb der „scientific community“ beruhen. Bezogen auf die geläufigen kategorialen Diagnosesysteme heißt dies, dass der Fokus sehr auf hoher Reliabilität der Kategorien liegt, dass jedoch die Validität der Kategorien oftmals nur gering ist. Ein Folge davon ist die konstante Zunahme diagnostischer Kategorien in den jeweiligen Revisionen bspw. des DSM-Systems. So hat sich im DSM-IV die Zahl der Kategorien gegenüber DSM-III nahezu verdoppelt. Er stellte die Forderung auf, die Einbahnstraße des kategorialen Ansatzes zu verlassen, um Diagnose wieder im Sinne von Jaspers als Ergebnis der Interaktion von Arzt und Patient zu rekonstruieren.

**Andreas Heinz** stellte in seinem **Beitrag über Diagnose und Identität** die interessante These vor, dass die den evolutionär höheren Zentren zugeordnete Rationalität die Funktion der Moderation und Hemmung der evolutionär ursprünglicheren emotionalen Zentren zukommt. Dysfunktionen der Rationalität sind in einem solchen Modell die direkte Ursache schizophrener Negativ-Symptomatik, während die schizophrene Positiv-Symptomatik als Enthemmung der emotionalen Funktionen durch Dysfunktionen der Rationalität angesehen werden kann. Gleichzeitig gilt aber auch, dass die emotionalen Funktionen als Regulatoren auf die höheren rationalen Funktionen einwirken, so dass in einem umfassenden Modell von einer Interdependenz beider Funktionsbereiche auszugehen ist.

Der Präsident der World Psychiatric Association **Juan Mezzich** sprach über **Identität und Personen-zentrierte integrative Diagnose**. Dabei stellte er das Programm der WPA vor, das darauf zielt, die ganze Person als Ziel und Zentrum von klinischer Versorgung und Gesundheitsförderung zu etablieren. Nicht nur Krankheit, sondern auch Ressourcen sollten Beachtung finden, um die Autonomie und die Würde jedes Einzelnen zu fördern. Dazu strebe die WPA danach, wesentlichen Einfluss auf die Abfassung der ICD-11 zu nehmen. Gleichzeitig werde eine Methodik zur Personen-zentrierten Diagnostik weiter entwickelt, deren erste Fassung bereits 2003 (Brit J Psychiatry, Suppl. 45) publiziert wurde. Dieses

Modell enthält eine standardisierte multiaxiale Klassifikation und eine standardisierte idiographische diagnostische Formulierung, die im Zusammenwirken von Diagnostiker, Patient und Familie erstellt wird. Das Ziel sei es, eine Diagnose der Person, durch die Person, für die Person mit der Person zu etablieren.

Die **Kongressvizepräsidentin Peykan Gökalp** hatte ein **Symposium über verschiedene Fragen der Pharmakotherapie** organisiert. In ihrem eigenen Vortrag fokussierte sie die Bedeutung der beziehungs- und der psychodynamischen Aspekte in der Pharmakotherapie. So könnten Medikamente teilweise die Rolle von Übergangsobjekten im Sinne der Psychoanalyse einnehmen. Peykan Gökalp plädierte vor diesem Hintergrund dafür, auch bei der medikamentösen Behandlung von psychischen Erkrankungen die Grundsätze der partizipativen Entscheidungsfindung zur Geltung zu bringen. Ihr Beitrag muss gerade im Lichte der jüngsten Diskussionen um die Placebowirkung von Antidepressiva als höchst aktuell angesehen werden.

In seinem **Beitrag über die psychopharmakologische Behandlung von Kindern** wies **Yankı Yazgan** auf die hohe Bedeutung einer systemischen Betrachtungsweise hin und vermittelte praktische Vorschläge zur Einbeziehung der Eltern in die Behandlung. Wer übt Kontrolle aus: Schule, Familie oder das Kind?

**Timuçin Oral** sprach sich in seinem von treffenden Karikaturen aufgelockerten Vortrag gegen eine **allzu unkritische Verschreibung von Antidepressiva** aus und wies auf die Notwendigkeit hin, zwischen krankhaften depressiven Zuständen und normalen Formen des Unglücklichseins zu unterscheiden. Insbesondere das Leben in den großen Städten fordere ein hohes Maß an Individualisierung, und es sei nicht gerechtfertigt, das Unglück und die Einsamkeit derjenigen, die mit dieser Lebensform nicht zureckkommen, als Depression zu pathologisieren.

Die **Frage von kulturellen Einflussfaktoren wie auch neueren Entwicklungen in der Gerontopsychiatrie** bearbeitete **Işın Baral-Kulaksızoglu** in zwei von ihr organisierten Panels. In ihrem eigenen Beitrag unterstrich sie die Bedeutung von Verhaltensstörung im Rahmen von demen-

tieller Entwicklung für die Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistung. Gleichzeitig wies sie auf die Schwierigkeiten hin, die sich der Diagnose solcher Verhaltensstörungen entgegenstellen. Anhand einer retrospektiven Untersuchung von 300 Alzheimer Patienten konnte sie zeigen, dass 4/5 an mindestens einem Symptom litten, das nicht in direktem Zusammenhang mit dem Verlust mnestischer Funktionen steht.

**Başar Bilgiç und Hakan Gürvit** sprachen in zwei Beiträgen über **Altersheime und den Umgang mit dementiellen Erkrankungen**. Es besteht ein zunehmender Bedarf durch den Wandel familiärer Strukturen in der Großstadt. Auch in der Türkei nimmt der Anteil älterer Menschen zu und das Krankheitsbild Demenz wird zunehmend wahrgenommen. Dabei ist die in Westeuropa häufig beobachtete Diskriminierung dementieller Erkrankungen bislang in der Türkei wesentlich geringer ausgeprägt.

Ein wichtiger Schwerpunkt des Kongresses war die Auseinandersetzung mit versorgungspolitischen Themen bezüglich Patienten mit **Migrationshintergrund in Deutschland**. Gleich mehrere Veranstaltungen, für die neben der DTGPP auch der Landschaftsverband Rheinland und die Gesellschaft für interkulturelle Psychotherapie verantwortlich zeigten, befaßten sich mit dieser Fragestellung.

**Meryam Schouler-Ocak** präsentierte in ihrem Beitrag Daten zur **Behandlung von türkeistämmigen Patienten in deutschen psychiatrischen Kliniken**, wobei sie sowohl auf die Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz (inzwischen im Nervenarzt veröffentlicht) und auch auf aktuelle Daten einer späteren Repräsentativbefragung der gleichen Arbeitsgruppe Bezug nahm. Das zentrale Ergebnis der Pilotstudie war, dass anders als in früheren Untersuchungen der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in etwa dem Anteil in der Allgemeinbevölkerung entspricht. In der 2006 durchgeföhrten repräsentativen Nachfolgeerhebung konnte dieser Befund repliziert werden.

Der Kölner **Sozialpsychiater und Planungsreferent des Landschaftsverbandes Rheinland Friedrich Leidinger** trug zu der Frage vor, wie ein

**Psychiatrieträger die psychiatrischen Angebote und Dienste für Migranten optimieren kann**. Nach einem Überblick über die Geschichte der Migration insbesondere im Rheinland, stellte er die Entwicklung der Sozialpsychiatrischen „Kompetenzzentren Migration“ und den „Arbeitskreis Migration“ der Rheinischen Kliniken vor, der ein Rahmenkonzept zur interkulturellen Kompetenz als Schlüsselqualifikation entwickelt hat und in allen Rheinischen Kliniken umsetzt. Dazu gehören die Einrichtung qualifizierter Dolmetscherdienste und die Bedeutung der Mitarbeiter fremder Muttersprache als wertvolle Ressource. Insgesamt werden im Landschaftsverband Rheinland gegenwärtig fünf Teilprojekte verfolgt (Übersetzungen, Dolmetscherdienste; Netzwerke; Fort- und Weiterbildung; Intranet- und Internetpräsenz sowie muttersprachliche Angebote), die im Verbund aller Rheinischen Kliniken verfolgt werden. Sehr erfolgreich ist die sog. Migrantenambulanz unter Leitung von Murat Ozankan in Langenfeld wie auch das von Hans-Jörg Assion beim LWL initiierte ambulante Angebot ZITI der Psychiatrischen Universitätsklinik Bochum.

Auch von türkischer Seite wurden neuere versorgungspolitische Veränderungen referiert. **Medaim Yanık**, Direktor der größten Psychiatrischen Klinik der Türkei in Bakırköy, sprach über **Probleme der psychiatrischen Versorgung in der Türkei vor dem Hintergrund eines Vergleiches mit dem englischen und deutschen Versorgungssystem**. Er sah Reformbedarf, der in einem 10-Jahres-Programm mit politischer Unterstützung umgesetzt werden könnte. **Mustafa Yıldız** berichtete über sich entwickelnde psychiatrische Behandlungs- und komplementäre Versorgungsstrukturen, dabei fokussierte er die beginnende tagesklinische Versorgung; Rehabilitationszentren und Selbsthilfegruppen.

Die Auseinandersetzung mit Psychotherapeutischen Fragestellungen nahm ebenfalls breiteren Raum ein. **Mehmet Toker** gab einen Überblick des **institutionellen Bedarfes von Psychotherapie für Minderheiten** und warnte vor Ausgrenzung dieses Klientels. **Şebnem Bahadır** wies aus Sicht einer Dolmetscherin auf unangemessene und übertriebene Rollenzuschreibungen hin. Grundsätzliche Überlegungen zur

therapeutischen Beziehung entwickelte **Tarık Yılmaz** in seinem Vortrag „**Identität, Kultur und Psychotherapie**“.

**Ali Kemal Gün** aus Köln berichtete über „**Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie**“. Die Auswertung narrativer Interviews mit Therapeuten und türkeistämmigen Patienten mittels tiefenhermeneutischer Textinterpretation waren die Grundlage seiner Befunde. Er konnte verdeutlichen, dass sich im therapeutischen Prozess beide Seiten einig waren, dass kulturelle Differenzen als Hindernis in der Therapeut-Patient-Interaktion anzusehen seien. Sowohl die Therapeuten als auch die Patienten vermittelten, dass sie miteinander nicht über dieselben Themen sprechen. Auf Seiten der Patienten konnte er beobachten, dass nicht selten Veränderungsbestrebungen mit der Begründung, es sei kulturell, traditionell, ethnisch, religiös und geschlechtsspezifisch unpassend, verworfen werden. Nur das, was ihr System unterstützt, wird als angenehm erlebt und angenommen.

Mit **migrationsassoziierten Belastungsfaktoren bei Depressionen, die eine lebensgeschichtlich bedeutsame Rolle einnehmen** und anhand eines Kollektivs von mehr als 600 Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd untersucht wurden, setzte sich **Eckhardt Koch** auseinander. Die größte Bedeutung (bei mehr als 70% der depressiven Patienten) hatte eine als Statusverlust beschriebene Beschädigung traditioneller Rollenkonzepte, oft durch kumulierte negative Erfahrungen ausgelöst. Es konnte auch gezeigt werden, dass die Belastungsmuster bei verschiedenen Patientengruppen differieren. So waren bei asylsuchenden Patienten Sprach- und kulturelle Verständigungsprobleme, schambehaftete Themen und Erfahrungen von Diskriminierung häufiger als bei Depressionen.

**Norbert Hartkamp** sprach über ein in der Psychotherapie wenig behandeltes Thema, die **Psychotherapie mit Männern**. Typischerweise werden Männer als verschlossener, weniger introspektiv und unemotional erlebt, was ihre psychotherapeutische Behandlung als problematisch erscheinen lässt. Trotz dieser häufigen Schwierigkeiten spielen die Besonderheiten der Behandlung von Männern in der psychothe-

rapeutischen Fachliteratur nahezu keine Rolle. Erst in jüngster Zeit sind Konzepte entstanden, die unter den Stichworten „gender role identity paradigm“ und „gender role strain paradigm“ die Entwicklung männer-spezifischer psychotherapeutischer Konzepte erlauben. Einige dieser Konzepte wurden in dem Beitrag vorgestellt.

**Yeşim Erim** aus Essen stellte in Ihrem Beitrag eine Untersuchung zur Validierung einer ins Türkische übertragenen Form des **SOMS-2 (Screening für Somatoforme Störungen-2)** vor. Sie konnte zeigen, dass die türkische Übersetzung des SOMS gut verständlich ist und gut angenommen wurde. Die türkische Übersetzung zeigte eine hohe Validität und Reliabilität. Unter Anwendung des Instruments zeigten die türkeistämmigen Patienten häufiger folgende Symptome: abdominelle Schmerzen, Schmerzen in Armen und Beinen, Schmerzen beim Wasserlassen, Mundtrockenheit, Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm, Hyperventilation, genitale Missemfindungen, Verlust von Berührungsempfindungen und Kribbelparästhesien. Die Mittelwerte der türkischen Migrantentestprobe erreichten bezüglich des Somatisierungs-, des somatoformen und des Beschwerdeindex signifikant höhere Werte als die deutschen Patienten und waren vergleichbar mit deutschen Patienten mit Somatisierungsstörungen. Insofern fand die Studie von Y. Erim den klinischen Eindruck bestätigt, dass türkische Patienten eine höhere Symptomausprägung bezüglich somatoformer Beschwerden aufweisen.

**Berrin Özlem Otyakmaz** von der Universität Duisburg/Essen und ihre Kolleginnen **Çiğdem Kağıtçıbaşı** und **Zeynep Cemalcılar** berichteten über das **autonom-relationale Selbst in migrierten und nicht-migrierten Gruppen**. Dabei legten sie zunächst die Vorstellung eines independenten und eines interdependenten Familienmodells zugrunde. Grundlage des independenten Modells sind Wertschätzung von Individualismus und Unabhängigkeit. Kinder werden nicht als Alterssicherung betrachtet und ein autonomes und separiertes Selbst ist das Ziel. Das interdependenten Familienmodell findet sich vorwiegend in nicht-westlichen ruralen Kontexten, hier werden Kinder als Alterssicherung benötigt und das Entwick-

lungsziel ist ein heteronomes und relationales (verbundenes) Selbst. Die Autorinnen kritisierten dieses Modell und schlugen statt seiner ein „Family Change Model“ vor, welches die Synthese beider prototypischer Modelle erlaubt, die Transformation des interdependenten Familienmodell in ein „psychisch interdependentes“ Familienmodell beschreibt und es so zulässt, Relationalität und Autonomie als menschliche Grundbedürfnisse in einem psychisch interdependentem Familiensetting zu beschreiben.

**Theda Borde** sprach über **transkulturelle Prozesse und Identitäten in Migrantinfamilien**. Dabei stellte sie die Frage, wie sich der Faktor Migration auf die Identitätsbildung auswirkt und welche Prozesse sich dabei beobachten lassen. Heute gebe es neben den klassischen Prozessen der Migration wie Arbeitsmigration, Familiennachzug, Fluchtmigration und Aussiedlereinwanderung neue Formen, die so genannte Transmigration, bei der die Migration selbst zur Daseinsform wird. Diese Transmigration hat Einfluss sowohl auf die Herkunfts-, wie auch auf die Zielländer, sie schafft neue transkulturelle Lokalitäten und Kommunikationskontakte. Allerdings, so Borde, müsse vor der Idealisierung einer transkulturellen Weltkultur gewarnt werden, da Hybridität gerade nicht aus einem Dialog der Kulturen „auf Augenhöhe“ entstehe, sondern vielmehr widersprüchliches Ergebnis diskriminierender Grenzerfahrungen sei, die von Unterdrückung und Ausgrenzung geprägt seien.

**Sofie Bäärnhielm** aus Stockholm verdeutlichte in ihrem Beitrag über **Alexithymie und transkulturelle Faktoren**, dass der mit der Migration verbundene Kulturwechsel zu einem Verlust der Möglichkeit führen kann, Gefühle sprachlich auszudrücken. So kann auch bei Migranten das Bild einer „Alexithymie“ entstehen. Tatsächlich zeigte sich bei der Untersuchung von muttersprachlich spanischen US-Amerikanern, dass das Standardinstrument zur Erfassung der Alexithymie, die TAS-20, in dieser Gruppe nicht ausreichend valide war. Bäärnhielm stellte daher die Forderung auf, die deskriptive klinische Diagnostik durch die Erfassung des kulturellen Kontextes zu ergänzen.

**Matthias Franz** aus Düsseldorf stellte in seinem Beitrag **aktuelle Befunde aus Neurobio-**

**logie und Entwicklungspsychologie zur Frage der Alexithymie** dar. Etwa 10% der Allgemeinbevölkerung müssen nach Populationsstudien als hoch-alexithym angesehen werden, d.h., sie können Affekte relativ schlecht identifizieren und verbalisieren, sie sind in ihrem Denken auf äußere Faktoren ausgerichtet und verfügen über nur geringe Fähigkeiten zu emotionaler Introspektion. Die Fähigkeit, die Grundaffekte Furcht, Angst, Ekel, Freude und Trauer wahrzunehmen, ist dabei stark von entwicklungspsychologischen Faktoren abhängig. Insbesondere unzureichende mütterliche „Spiegelung“ kann neurofunktionelle „Narben“ nach sich ziehen. Das gehe mit einer verminderten Fähigkeit zur Stressregulation, einer persistierenden Neigung, Affekte zu somatisieren und unzureichender Fähigkeit zur Mentalisierung einher. Anhand eigener Forschungsarbeiten mit hochauflösendem EEG konnte Franz zeigen, dass diese neurofunktionellen Abweichungen auch in der elektrischen Hirnaktivität über den spezifischen Arealen nachweisbar sind.

Ein weiterer Themenblock betraf kinder- und jugendpsychiatrische Fragestellungen. **Ilkay Demir** diskutierte vor dem Hintergrund der **entwicklungspsychologischen Theorien von E. Erikson und Marcia** die **Anforderungen an Identitätsentwicklung für Jugendliche** aus dem Südosten der Türkei. Insbesondere betonte sie die Chancen für Identitätsentwicklung, die in einer Binnenmigration liegen.

In seinem Beitrag stellte **Kültegin Ögel** dar, dass im Rahmen der **Binnenmigration dörfliche Beziehungs- und Nachbarschaftsstrukturen in die Vorstädte der großen Metropolen** übertragen werden. Insbesondere für Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status aus diesen Vierteln ist Delinquenz auf der Straße u. a. als Rebellion aufgrund der für sie nicht erreichbaren gesellschaftlichen Integration zu verstehen.

**Renate Schepker** sprach über **Identitätsformen und -krisen unter Bedingungen der Zuwanderung**. Nach einer Erörterung grundlegender Dimensionen des Identitätsbegriffs kam sie auf die sich daraus ableitende „Identitätsform“ zu sprechen, welche die „typischen Reaktionsmuster“ während eines Lebens zu bestimmen vermag. Anhand einer qualitativ-typologisierenden Inhaltsanalyse aus 159 Jugendlichen-Interviews kam sie zur Unterscheidung von

insgesamt 7 „nicht erfolgreichen“ und 6 „erfolgreichen“ Identitätsformen. Zur ersten Gruppe gehören „aggressive Ethnisierer“, „Entwurzelte“, „Mutanten“, „jüngeres Geschwister“, sowie „Hardliner“, „Untertanen“ und „Kriegskinder“. Zu den „erfolgreichen“ zählen: „Bikulturelle mit Fähigkeit zum Code-Switching“, „familienzentriert Verantwortliche“, „habituelle Jüngste“, „Remigranten“, „Ethnics“, und „universell orientierte“. Die Berücksichtigung dieser Identitätsformen vermag insbesondere die Psychotherapie mit Jugendlichen zu bereichern und zu unterstützen.

**Zuhal Zeybekoğlu-Çalışkan** von der Istanbuler Yildiz Universität berichtete über den **Einfluss des Erziehungssystems in der Türkei auf die Entwicklung von Kindern aus Gecekondu-Ansiedlungen**. Der Beitrag stellte zunächst dar, wie sich die wahrgenommene Identität von der „zugezogenen Landbevölkerung“ verändert: über die „kulturell niedriger stehenden Anderen“ bis hin zu einer Sicht, die die Gecekondu-Bewohner als die „bedrohlichen Anderen“ wahrnimmt. Die „Kultur der Armut“ mit ihren ökonomischen Nachteilen sei außerdem durch größere Kriminalitätsneigung und Bereitschaft zu politisierten Aktionen gekennzeichnet. Die ideologische Untermauerung findet die „Kultur der Armut“ in der arabesken Kultur, wo eine Orientierung auf schnellen Gewinn von materiellem Wohlstand – auch unter Nicht-Beachtung geltender Gesetze – und insgesamt wenig verbindliche Werte gegeben sind. Das gegenwärtige türkische Erziehungssystem schreibe diese Identitätsaspekte der „Kultur der Armut“ eher fort, und biete wenige Ansätze, den Gecekondu-Bewohnern einen Weg aus ihrer Marginalisierung zu finden.

**Aytül Gürsu Hariri** aus dem Istanbuler Bakırköy-Krankenhaus berichtete über **Identitäts- und Sexualitätserleben türkischer Psychiatriepatientinnen**. Sie untersuchte insgesamt 199 Frauen mit Interview- und Fragebogenverfahren. Dabei zeigte sich, dass das Sexualleben der befragten schizophrenen, bipolar erkrankten und heroinabhängigen Frauen deutlich weniger befriedigend war, als das einer Vergleichsgruppe gesunder Frauen. Aber auch unter den Gesunden gab nur ca. die Hälfte an, ein befriedigendes Sexualleben zu haben. Die

Autorin vertrat die Ansicht, dass psychische Krankheiten die sexuellen Probleme der türkischen Frauen verstärken und dass dies mit dem stigmatisierenden Blick der Gesellschaft sowohl auf Frauen im Allgemeinen als auch auf psychiatrische Krankheit zusammenhängt. **Şahika Yüksel** berichtete anhand empirischer Daten über die **Häufigkeit von sexueller Gewalt in Partnerbeziehung**.

**Sabri Çakır** sprach über Fragen der **alevitischen Identität und ihrer Anerkennung in der türkischen Gesellschaft**. Die Frage nach Identität - türkisch, kurdisch, alevitisch, städtisch, ländlich, Ober- und Unterschicht etc. - spielen in der innertürkischen Diskussion gegenwärtig eine große Rolle. Çakır befragte dazu 150 Angehörige der alevitischen Gemeinschaft. Er konnte zeigen, dass die Heiraten unter Verwandten insgesamt rückläufig seien, was er als Folge der besseren Ausbildung und der höheren, geographischen und gesellschaftlichen Mobilität innerhalb der türkischen Gesellschaft ansah. Demgegenüber bleibe jedoch die Bevorzugung von Eheschließungen innerhalb der eigenen, bspw. der alevitischen, Gemeinschaft weiterhin dominierend. Die untersuchten Aleviten machten deutlich, dass sie einerseits zwar ihre alevitische Identität offen zeigen können, die Mehrheit sich aber noch in ihrer Religionsausübung unfrei und unterdrückt fühlt.

In dem von **Yeşim Korkut** organisierten **Symposium „Die Türkei als Einwanderungs- und Durchgangsland“** gab **Ahmet İçduygu** von der Koç-Universität einen Überblick über die Einwanderungsbewegungen in die Türkei seit den achtziger Jahren. Er wies auf die Zunahme undokumentierter und illegaler Einreise hin, die zum Teil mehr als 100.000 pro Jahr ausmacht. Asylantragsstellungen lagen um die Jahrtausendwende bei ca. 5.000 pro Jahr. Insgesamt sei festzustellen, dass die Türkei mehr als allgemein wahrgenommen auch als Einwanderungsland zu sehen ist. In den Jahren 1995-2003 kamen vor allem aus Osteuropa und asiatischen Ländern knapp 500.000 Zuwanderer in die Türkei. Eine ähnlich hohe Zahl kam ins Land, um nach einiger Zeit weiterzumigrieren (Transitmigration). Yeşim Korkut bezog sich in ihrem Vortrag auf die Anpassungsprozesse von Frauen aus den

GUS-Staaten. Anhand einer Stichprobe qualitativer Interviews und verschiedener Instrumente wies sie auf häufige depressive Belastungsreaktionen hin.

**Aytekin Sir** von der Dicle Universität in Diyarbakır stellte aus der Sicht des klinisch tätigen Psychiaters dar, dass Ärzte und Psychiater bei Behandlung der im Rahmen der Zwangsumsiedlungen und Enteignungen Traumatisierten an die Grenzen ihrer therapeutischen Möglichkeiten geraten.

Am vorletzten Tag wurde die Auseinandersetzung um Kunst und Identität wieder aufgegriffen. Das Interview mit dem Filmregisseur **Fatih Akın**, das Ursula Meier-Kolcu mit dem Künstler führte, war ein weiterer Höhepunkt. Anhand seines Filmschaffens wurde die sich ständig verändernde Identität Akıns deutlich. Er selber sprach von „Identität in Bewegung“. Der frühe Gangsterfilm „Kurz und schmerzlos“ war eine Auseinandersetzung mit eigener Erfahrung in Straßengangs. Er sei froh um die Möglichkeit der künstlerischen Verarbeitung dieser Zeit. Den Film „Im Juli“, bei dem es um eine gleichsam kontemplative wie auch rasante Liebesgeschichte eines jungen deutschen Mannes zu einer türkischen Frau geht, würde er heute anders enden lassen. Im Film fand der Deutsche letztlich doch zu einer Deutschen und die Türkin zu ihrem türkischen Freund. Andersherum wäre es spannender und ungewöhnlicher, meinte Akın. „Im Juli“ zeigt auch die langsame Annäherung des Hamburgers an seine Heimat Türkei, die in den beiden letzten Filmen „Crossing the bridge“, der sich mit der Musikszene Istanbuls befasst und „Auf der anderen Seite“ – der Film kam kurz nach dem Kongress in die Kinos – eine immer stärkere Rolle spielt. „Auf der anderen Seite“ stellt auch einen weiteren Identitätsschritt Akıns dar. Einer der Protagonisten türkischer Herkunft ist Germanistikprofessor in Deutschland und somit mitten in der Gesellschaft angekommen.

Es folgte nach kurzer Pause die Präsentation „Identität und Musik“ des Musikethnologen **Martin Greve**, moderiert von Kurt Heilbronn. Mit vielen Musikbeispielen führte Greve in die Entwicklung der türkischen Musik ein und erläuterte den Umbruch des offiziellen Musikgeschmacks, der von Atatürk initiiert worden

war. Die Musik in der Migration, ein wesentliches Ventil zunächst von Heimweh und Entfremdung, führte dann zur Entwicklung ganz neuer Stilrichtungen mit internationalem Erfolg. Diese spannende und dichte Einführung in die türkische Musik beeindruckte türkische wie deutsche Zuhörer gleichermaßen.

Die Abschlussveranstaltung bot dann bewegende Szenen, vor allem die **Würdigung der außerordentlichen Bedeutung von Prof. Metin Özak für die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit** schaffte eine sehr dichte emotionale Atmosphäre. Die Präsidenten des I. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresses von Antalya 1994 und Väter der DTGPP **Metin Özak und Wolfgang M. Pfeiffer** erhielten eine Ehrenplakette der Veranstalter. Dem hochbetagten **Prof. Pfeiffer** wurde diese in Abwesenheit verliehen und nach dem Kongress in Deutschland überreicht. Die dann verabschiedete Resolution des Kongresses wurde bei einer Enthaltung einstimmig angenommen.

Neben den thematisch sehr vielfältigen Vorträgen, die durchweg auf hohem wissenschaftlichen Niveau waren, führten die vielen Begegnungen am Rande des Kongresses zu einer verbindenden Grundstimmung und anregenden Atmosphäre. Es entwickelten sich bereits während des Kongresses Kontakte für persönliche und institutionelle Kooperationen. So besteht beiderseitiges Interesse an einer Zusammenarbeit bezüglich gerontopsychiatrischer Fragestellungen und sozialpsychiatrischer Konzepte. Verschiedene deutsch-türkische Projekte wurden bereits initiiert. Auch wurde bei unserem Kongress erneut der Bedarf von wissenschaftlichem Austausch zwischen Deutschland und der Türkei sowie von konkreten Praktikums- und Arbeitsmöglichkeiten in beiden Ländern geäußert.

*Der VII. Deutsch-Türkische Psychiatriekongress wird im September 2010 in Berlin stattfinden und neben den dann aktuellen Themen auch über die Ergebnisse der Kooperationen zwischen Institutionen in beiden Ländern berichten.*

# *Flüchtlinge & Asylanten Illegalen*

*erstes Niederländisch-Deutsches  
Treffen der transkulturellen Psychiatrie*

**Tagung**  
Hans-Jörg Assion, Bochum



*Das war das Leithema des ersten Niederländisch-Deutschen Treffens der transkulturellen Psychiatrie am 12.5.2007 in der LWL-Universitätsklinik, Ruhr-Universität Bochum. Angeregt durch einen intensiven Austausch zwischen niederländischen und deutschen Fachvertretern während des 1. Weltkongresses für transkulturelle Psychiatrie in Peking/China im September 2006 wurde dieses Symposium als Auftaktveranstaltung von transkulturell Interessierten organisiert („Dutch-German Meeting on Transcultural Psychiatry – Refugees, asylum seekers and illegals“).*

**Flüchtlinge, Asylanten und Illegale haben kaum eine Lobby.** Sie sind erheblich belastet durch soziale, finanzielle und persönliche Probleme. Die gesundheitliche Versorgung ist spärlich und teils nur auf den Notfall ausgerichtet, um eine vitale Bedrohung zu verhindern. Diese Menschen haben Verfolgung, Krieg, Terrorismus, extreme Armut, Hunger oder Naturkatastrophen erleben müssen: Traumata erheblichen Ausmaßes. Schätzungen besagen, dass vier Fünftel der Flüchtlinge Frauen oder Kinder sind. Gerade diese Menschen sind in fremder Umgebung wiederum der erhöhten Gefahr erneuter Traumatisierung durch Ausbeutung, Missbrauch oder Vergewaltigung ausgesetzt. Kinder wiederum verpassen durch solche Lebensbedingungen ihre schulische Ausbildung, entsprechend schlecht sind später die Chancen am Arbeitsmarkt. Junge Frauen wiederum werden mangelnd unterstützt. Sie haben für die eigene Familie im Haushalt zu sorgen oder werden früh zu einer Heirat gedrängt oder gezwungen. Menschen mit solchen Lebensschicksalen werden oft psychisch krank: Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Ängste, Somatisierungsstörungen und auch psychotische Reaktionen komplizieren die oft schwierigen Lebensbedingungen. Professionelle Hilfe ist aber nicht leicht zu bekommen. **Illegale haben Angst vor der Ausweisung und sind nicht krankenversichert**, um professionelle Hilfe bedarfsgerecht in Anspruch nehmen zu können. Daher werden die vielfältigen psychischen Belastungen und

Störungen nur unzureichend behandelt.

Auf die Not der Menschen aufmerksam zu machen und damit ein Thema aufgreifend, das kaum auf Tagungen besprochen wird und auch um von Konzepten für diese Menschen aus den Niederlanden zu lernen, die weitaus besser und organisierter als die landeseigenen sind, fand diese Tagung erstmalig statt. Einführend berichtete Hans-Jörg Assion, Bochum, über die Lasten von Illegalen und deren Probleme im deutschen Gesundheitswesen. Margreet Peutz, Niederlande, sprach über die Situation von Migranten im Gesundheitssystem und Hans Rohlof aus den Niederlanden über Somatisierung bei traumatisierten Flüchtlingen. Nina Marschall beeindruckte durch den Bericht über ihre ehrenamtliche Tätigkeit bei der Flüchtlingshilfe in Bochum und ihre lebensnahe Schilderung der schwierigen Lebenssituationen von Illegalen und Flüchtlingen. Douwe van der Heide, Niederlande, gab einen Einblick in ihre Arbeit mit Flüchtlingen mit schwerer psychischer Störung. Die Probleme in der klinischen Versorgung von Asylsuchenden, die in das Herkunftsland abgeschoben werden sollen, war das Thema, das Eckhardt Koch, Marburg, erläuterte. Kees Laban, Niederlande, präsentierte eigene Studiendaten zu irakischen Asylsuchenden und deren Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten. Das Abschlussreferat hielt Murat Ozankan, Langenfeld, über seine Erfahrungen mit Flüchtlingen in seiner Spezialambulanz für Migranten.

Die Tagungssprache war englisch und ermöglichte zwischen den niederländischen und deutschen Teilnehmern einen direkten und lebhaften Austausch. Die Versorgung von Flüchtlingen, Asylanten und Illegalen ist in Deutschland unzureichend. Auch **diesen Menschen sollte eine adäquate Hilfe bei ihren psychischen Belastungen und Nöten angeboten werden**. Die Teilnehmer waren sich darin einig, dass weitere Tagungen folgen müssen.

# *andere Länder andere Leiden*



Tagung

Kay Müllges

Quelle: Deutschlandfunk vom 11.09.2007

*Witten-Herdecke* In Deutschland leben rund sieben Millionen Ausländer aus unterschiedlichen Herkunftslandern. Wie die deutsche Bevölkerung auch, leidet ein Teil von ihnen an psychischen Problemen. Wie solchen Menschen angesichts kultureller Unterschiede und einer oft nicht unerheblichen Sprachbarriere trotzdem geholfen werden kann - darüber diskutierten Experten in Witten-Herdecke.

*Andere Länder, andere Sitten* - das ist ein Allgemeinplatz. Weit weniger im allgemeinen Bewusstsein verankert ist die Tatsache, dass sich die gleiche psychische Erkrankung, je nach kulturellem Hintergrund, in ganz unterschiedlichen Symptomen äußern kann. Depressive Menschen aus dem Mittelmeerraum beispielsweise haben sehr viel häufiger und stärker körperliche Beschwerden. In der Fachliteratur gibt es dafür sogar einen eigenen Begriff - *morbus turkicum*, also türkische Erkrankung, weiß Solmaz Golsabahi vom Marienhospital in Hamm: „Das ist Ausdruck dafür, dass man eine Besonderheit beispielsweise von Patienten aus der Türkei kennt. Die haben ständig Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und alle möglichen Schmerzen. Sie werden geröntgt, betreiben Doktor-Shopping, sind bei allen möglichen medizinischen Fachgebieten, nur nicht beim Psychiater, weil sie ja sehr viel körperliche Beschwerden haben.“

In so einer Situation die richtige Diagnose zu stellen, erfordert vom Arzt und Psychiater nicht nur das Wissen um solche kulturellen Unterschiede. Er muss darüber hinaus fähig sein, oft sehr fremde und deshalb irreführende sprachliche Beschreibungen eines Gemütszustandes zu erkennen. Im Iran beispielsweise gibt es für das Gefühl tiefer Traurigkeit eine feststehende Umschreibung: Meine Leber ist zerstückelt. In vielen Fällen ist die Sprachbarriere so groß, dass die Psychiater mit Dolmetschern arbeiten müssen. Trotz dieser Schwierigkeiten muss der Psychiater vor allem aber seine eigene kulturelle Identität kennen, meint jedenfalls Solmaz Golsabahi:

„Das ist das Problem. Die meisten Kollegen haben einen guten Vorsatz, wollen sofort den Anderen kennen lernen und stoßen da an Hindernisse, weil sie sich selbst nicht kennen und daher keine Übersetzungsmöglichkeiten haben. Sie können ja nicht anfangen, ein Wörterbuch zu schreiben, wenn sie nicht die Übersetzungsvokabular zur Verfügung haben, und genau dieses Problem haben wir.“

Bislang gibt es nur wenige Zentren in Deutschland, die sich dieser Art transkultureller Psychiatrie widmen. Eines davon ist das Landeskrankenhaus in Göttingen. Dort werden psychisch kranke Migranten nicht etwa auf eine spezielle Ausländerstation gelegt, sondern, entsprechend ihrer Symptomatik, auf die normalen Stationen verteilt, die allerdings, auf die besonderen Bedürfnisse von Migranten beispielsweise in Bezug auf die Ernährung oder die Hygiene eingestellt sind. Eine zweite wichtige Säule des dort praktizierten Modells sei die gezielte Arbeit mit den oft erforderlichen Dolmetschern, meint Ibrahim Özkan vom Landeskrankenhaus Göttingen:

„Wir qualifizieren Dolmetscher dahingehend, dass sie im therapeutischen Setting auch arbeiten können. Qualifizieren heißt nicht nur erklären, wie diese Therapie läuft, sondern auch abfangen, weil ja die Inhalte der Therapie auch belastend sein können für die Dolmetscher, supervidieren wir die auch, wir führen die ein.“

Hinzu kommen regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen, auf denen die deutschen Ärzte mit den besonderen Herausforderungen der transkulturellen Psychiatrie bekannt gemacht werden. Gute Erfahrungen, so Ibrahim Özkan, habe man schließlich auch mit einer eher unkonventionellen weiteren Säule des Göttinger Modells gemacht, der Selbstorganisation der oft schwer traumatisierten, ausländischen Patienten:

„Die fünfte Säule ist eben eine Gruppe von Migranten verschiedener Herkunft, die sich in einem recht geschützten Setting dann begegnen können und sich austauschen können über ihre Erfahrungen hier in Deutschland mit der psychischen Krankheit.“

# Fachtagung

## „Asyl und Psychiatrie“

an der Klinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd

Etwa 90 Teilnehmer aus Hessen und den angrenzenden Bundesländern kamen am Freitag, dem 07. Dezember 2007, nach Marburg in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, um sich mit den gesellschaftlich und psychiatrisch bedeutsamen Zusammenhängen von „Asyl und Psychiatrie“ auseinanderzusetzen.

Der Ärztliche Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd, Privat-Dozent Dr. med. Dipl.-Psych. Matthias J. Müller, eröffnete die Tagung mit Überlegungen zur Geschichte und stellte fest, dass der Begriff des Asyls bis in die griechische Antike zurückreicht. Damals wurden bereits Orte zur „Zuflucht“ zur Verfügung gestellt, die vor Angriffen und Verletzungen schützen sollten. Der Begriff „Asylon“ heißt im Griechischen „Unverletzliches“.

Der Organisator der Tagung, Dr. Eckhardt Koch, führte dann in die klinischen Probleme der Behandlung von Patienten im Asylstatus ein. Er wies auf die **hohe psychosoziale Belastung bei Menschen, die oft kurz vor der Abschiebung stehen**, hin. Der zum Teil jahrelang bestehende unsichere Aufenthaltsstatus vermindert die psychische Belastbarkeit und begünstigt das Auftreten psychischer Störungen. In einem hohen Maße bestünden bereits vor der Einreise nach Deutschland bei Asylsuchenden tiefgreifende psychische und körperliche Verletzungen (Traumata) – neuere wissenschaftliche Untersuchungen sprächen von fast 40 %.

Somit verwundert es nicht, dass eine hohe Zahl Asylsuchender stationär-psychiatrische Behandlung benötigt. Der Ethnologe und Soziologe Dr. Stephan Dünnwald, Mitglied des Bayerischen Flüchtlingsrates, betonte, es sei falsch, Patentrezepte für den Umgang mit bestimmten Ethnien zu fordern. Zu groß seien die Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, z. B. im Kosovo, als dass sich allgemeine kulturelle Regeln aufstellen ließen. Vielmehr bestehe die Gefahr von Vorurteilen. Auch wies er darauf hin, dass die Bewältigung der Flucht von Asylsuchenden, die oft unter schwierigen Bedingungen erfolgen

müsste, auf in der Mehrzahl starke Persönlichkeiten hindeute. **Menschen im Asylstatus hätten oftmals extreme Belastungen durchlitten**. Die Asylverfahren würden diesen Hintergrund der Asylbewerber häufig nicht ausreichend berücksichtigen. Eine kürzliche Forschungsreise in den Kosovo habe ihm außerdem deutlich gemacht, dass die Rückführung die Menschen nicht in vertraute heimatliche Strukturen bringen würde, sondern in zerstörte Landschaften, Städte und Dörfer und häufig in zerbrochene, wenn nicht völlig neuartige soziale Beziehungen.

Der Nervenarzt Dr. Ferdinand Haenel vom Zentrum für Folteropfer in Berlin beschäftigte sich in seinem Vortrag mit der Begutachtung psychischer Traumafolgen. Er betonte, dass an einen Gutachter hohe qualitative Ansprüche zu richten seien, um medizinische oder psychische Befunde zu beurteilen, die auf eine post-traumatische Belastungsstörung hinweisen können. Schwere psychische Störungen könnten als Abschiebungshindernisse interpretiert werden. Hier würden aber sehr häufig Widersprüche in der Einschätzung zwischen gutachterlich tätigen Ärzten und den Ausländerbehörden bestehen.

Überhaupt sei bemerkenswert, dass **2006 nur etwa vier Prozent der Asylanträge positiv beschieden wurden** seien, alle anderen seien abgelehnt worden. Auch hätte sich die Zahl der Asylsuchenden von ca. 400.000 zu Beginn der 90er Jahre auf zuletzt 20.000 drastisch verringert.

Im abschließenden Vortrag der Tagung stellte Dr. Anke Clodius, Mitarbeiterin der Beauftragten der Bundesregierung für Integration, die Grundzüge des Ausländerrechts sowohl in ihrer geschichtlichen Dimension als auch mit ihren aktuellen Veränderungen dar. Diese rechtlichen Grundlagen sind notwendiges Wissen für alle Behandler und Betreuer von Asylsuchenden.

In der Mittagspause der Tagung hatten Marburger Organisationen (Amnesty International, Medinet, Diakonie), die sich mit Asylsuchenden befassen, Gele-



Tagung

Matthias J. Müller und Eckhardt Koch

genheit, ihre Arbeit mit Informationstischen und im Gespräch mit den Teilnehmern zu präsentieren.

Den Abschluss der Fachtagung bildete eine Podiumsdiskussion, an der auch die Leiterin der Giessener Ausländerbehörde, Martina Wiegand, teilnahm. Frau Wiegand wies auch aus ihrer Perspektive auf die rechtlichen Rahmenbedingungen hin und betonte den oft-

mals geringen Handlungsspielraum der Behörde. Insgesamt machte die Tagung den Gesprächsbedarf zwischen allen Beteiligten in ausländerrechtlichen Verfahren deutlich. Es geht nicht nur gegenüber den Asylsuchenden, sondern auch zwischen den Helfern und Verantwortlichen darum, Vorurteilen gegenüber der Position des jeweils anderen vorzubeugen oder diese abzubauen.

## Zentrum für Soziale Psychiatrie Kurhessen gemeinnützige GmbH



Eine Gesellschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und der LWV-Gesundheitsmanagement GmbH

### Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen Bad Emstal | Hofgeismar | Kassel

Wir suchen eine/einen

## türkischen oder bilingualen Assistenzarzt oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

zur Weiterentwicklung eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Schwerpunktes für Migranten. Sie arbeiten teamorientiert, sehr selbstständig und entwickeln auch eigene Ideen im Rahmen des Gesamtkonzeptes.

#### Unser Profil:

- Eine der größten Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Hessen mit stationären, teilstationären Behandlungseinheiten sowie psychiatrischen Institutsambulanzen an den Standorten Bad Emstal, Kassel, Hofgeismar.
- Innovative Strukturen, hervorragende psychiatrisch-medizinische Infrastruktur, hohe Anerkennung über die regionalen Grenzen hinaus.
- Breites Behandlungsspektrum von Psychotherapie, Allgemeinpsychiatrie mit störungsspezifischen Schwerpunkten sowie Gerontopsychiatrie und Sucht bis hin zur Neuropsychiatrie

Das Haupthaus der Klinik liegt nahe der Universitäts- und documenta-Stadt Kassel. Die Klinik ist zur vollen Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie ermächtigt. Individuelle Förderung und Unterstützung in wissenschaftlicher Arbeit erfolgt durch den ärztlichen Direktor und seine universitäre Arbeitsgruppe.

Sie können sowohl Assistenzarzt als auch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sein. Wir bieten eine adäquate Vergütung unter Wahrung der Leistung nach TV-Ärzte/VKA. Wir bieten darüberhinaus familienfreundliche Arbeitszeiten, unbefristete Verträge und unterstützen Fortbildungskosten.

Unser hausinternes Weiterbildungscriculum bildet alle Inhalte der Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie ab. So kommen Sie zügig zu Ihrer Facharztanerkennung. Schwerbehinderte Bewerberinnen/Bewerber werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

*Ihre aussagefähige schriftliche Bewerbung mit Lichtbild senden Sie bitte an:*

Priv. Doz. Dr. med. Michael Franz  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen  
34308 Bad Emstal/Kassel

Tel.: 05624/60-10210 oder -10211  
Fax: 05624/60-10375  
Email: michael.franz@zsp-kurhessen.de  
Net: www.zsp-kurhessen.de



## Artikel

Jürgen Gottschlich

Quelle: Dr. med. Mabuse Nr. 154, März/April

# Angst vor der Privatisierung

## Das Gesundheitswesen in der Türkei

*Wer in der Türkei nicht privat versichert ist, wartet oft monatelang auf eine Operation und muss sich im Krankenhaus von seinen Angehörigen pflegen lassen. Jürgen Gottschlich über die aktuellen Diskussionen um das Gesundheitswesen - die nach dem Eindruck der Gewerkschaften eindeutig weiter in Richtung Privatisierung gehen.*

Es war die erste große Parlamentsdebatte im neuen Jahr. Zwei Tage lang schafften die oppositionellen Sozialdemokraten es durch immer neue Wortmeldungen eine Abstimmung zu verhindern. Wortreich beschworen sie das soziale Gewissen der Regierung, aber zuletzt kam dann doch, was von Beginn an nicht ernsthaft zu verhindern war. Mit ihrer fast Zweidrittel-Mehrheit im Parlament stimmten die Abgeordneten der regierenden AKP für eine Gesetzesvorlage ihrer Regierung, die das **Gesundheitssystem der Türkei stark verändern könnte**. Die AKP ist die „Partei für Fortschritt und Gerechtigkeit“, die ursprünglich aus der islamischen Bewegung der Türkei hervorgegangen ist, sich selbst aber als rechts-konservativ beschreibt und die Religion ausdrücklich als Privatsache verstanden wissen will.

Das Gesetz sieht vor, dass die Krankenhäuser der obligatorischen Sozialversicherung (SSK) zukünftig direkt dem Gesundheitsministerium angeschlossen werden. Bislang war die SSK eine eigene Organisation, theoretisch im Besitz der Versicherten, beaufsichtigt vom Arbeitsministerium, die ihre Krankenhäuser selbst verwaltete. Was sich zunächst wie eine belanglose Bürokratie-Entscheidung ausnimmt, wurde in den letzten Monaten von Gewerkschaften und linken Parteien erbittert bekämpft.

Während im Parlament gestritten wurde, organisierten die **Gewerkschaften Demonstrationen** in allen großen türkischen Städten. Bereits im November letzten Jahres hatte eine gemeinsame Plattform aller Gewerkschaftsdachverbände über 100.000 Leute zu einer zentralen Kundgebung in Ankara zusammengetrommelt. Über alle sonstigen Differenzen hinweg sind linke und „gelbe“ (also mit dem Staat eng verbundene) Gewerkschaften sich in diesem Punkt einig: Den Arbeitern

und Angestellten dürfen ihre Krankenhäuser nicht weggenommen werden.

## Theorie und Praxis

### der Pflichtversicherung

Im Prinzip ist das Gesundheitssystem in der Türkei so ähnlich organisiert wie in Deutschland auch. Arbeiter und Angestellte sind pflichtversichert und die Versicherung wird anteilig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bezahlt. Während der Arbeitnehmer rund 15 Prozent seines Einkommens in die SSK einzahlt, muss der Arbeitgeber noch einmal 20 Prozent des Einkommens des Arbeitnehmers dazutun. Das Ganze hat eine Kappungsgrenze nach oben: Arbeitnehmer zahlen maximal 476 Türkische Lira (YTL) - das sind rund 250 Euro - und Arbeitgeber 682 YTL (rund 350 Euro). (Der gesetzliche Mindestlohn liegt bei knapp 400 YTL. Die Summe von 476 YTL wird also nur bei ausgesprochenen Großverdienern fällig. Die meisten davon sind sowieso privat versichert.)

Von diesem Geld kann der Versicherte sowohl ambulante medizinische Versorgung, Medikamente und stationäre Behandlung in den Krankenhäusern der SSK in Anspruch nehmen. So weit die Theorie.

In der Praxis beginnen die Probleme damit, dass nur ein kleiner Teil der arbeitenden Bevölkerung in der Türkei wirklich auch Mitglied der SSK ist. Was in Deutschland erst in den letzten Jahren in Mode gekommen ist - das so genannte Outsourcing von Mitarbeitern in eine Scheinselbstständigkeit, die dem Betrieb dann seinen Anteil an der Sozialversicherung spart - ist in der Türkei fast die Regel. Nach Angaben der Gewerkschaften sind von rund 11 Millionen fest beschäftigten Arbeitern und Angestellten nur rund 5 Millionen wirklich auch sozialversichert. Zu den 11 Millionen festen Beschäftigungsverhältnissen kommen dann noch einmal doppelt so viele Jobs in der Schattenwirtschaft, in Familienbetrieben oder in der Landwirtschaft, die alle nicht versichert sind. Absolut mittellose Personen, deren Familien ebenfalls kein Geld haben, bekommen im Krankheitsfall des halb

eine so genannte „Grüne Karte“ vom Staat, mit der sie sich kostenlos in einem SSK-Krankenhaus behandeln lassen können. Nach Angaben der Regierung waren das im letzten Jahr 13 Millionen Menschen.

Die Unterstellung der SSK-Krankenhäuser unter das Gesundheitsministerium begründete die Regierung deshalb mit Kosteneinsparungen, die durch eine Zusammenlegung des Managements erreicht werden könnten. Allein im letzten Jahr, so behauptete Ministerpräsident Erdogan in der entscheidenden Parlamentsdebatte, habe der Staat bei einem Gesamthaushalt von 155 Milliarden YTL rund 22 Milliarden YTL, also ungefähr **13 Milliarden Euro**, Verluste der SSK-Krankenhäuser ausgeglichen. An die Adresse der parlamentarischen und außerparlamentarischen Opposition sagte er: „Wer die Selbstverwaltung der SSK-Krankenhäuser will, kann das haben. Allerdings wird der Staat dann zukünftig keine Lira mehr dazuzahlen.“

Die Aussage Erdogans war vor allem an den Gewerkschaftsführer Süleyman Celebi gerichtet, den Vorsitzenden des Revolutionären Gewerkschaftsverbandes DISK. Celebi erinnerte bei mehreren Demonstrationen Erdogan daran, dass dieser im Wahlkampf versprochen hatte, die SSK-Krankenhäuser den Gewerkschaften zu überlassen. „Erdogan“, so der Gewerkschaftsverteiler Celebi, „soll sein Versprechen jetzt halten.“

## Das Ziel ist die Privatisierung

Die Gewerkschaften und linken Parteien befürchten, dass die Zuordnung der Krankenhäuser zum Gesundheitsministerium nur ein erster Schritt sein wird. „Das Ziel“, davon ist Celebi überzeugt, „ist die Privatisierung.“ Im Zuge einer großen Verwaltungsreform, mit der die gesamte Türkei dezentralisiert und vor allem den Kommunen mehr Eigenständigkeit eingeräumt werden soll, sollen die Krankenhäuser, so die Gewerkschaften, später den Kommunen überlassen werden. Die sind dann frei, die Hospitäler zu privatisieren.

Bereits die Zusammenlegung der Krankenhäuser mit dem Gesundheitsministerium **könnte rund 50.000 SSK-Angestellte ihren Job kosten**. Denn weil die Türkei hoch verschuldet ist, befürchten die Gewerkschaften, dass die Regierung auf Druck des Internationalen Währungsfonds unbedingt die Kosten der Gesundheitsversorgung senken will. Damit wird sich die medizinische Versorgung weiter verschlechtern. Dabei ist die Versorgung für SSK-Versicherte schon heute nicht besonders üppig. Zwar gewährt das System den Versicherten eine Grundversorgung, doch auf die müssen sie oft lange warten. Die SSK-Krankenhäuser sind in der Regel völlig überlastet. Patienten warten oft monatelang auf eine Operation. Es gibt so wenig Personal, dass in der Regel Angehörige des Patienten

ihn im Krankenhaus selbst pflegen und versorgen. Wer auf die kostenlosen Medikamente durch die SSK angewiesen ist, kann nicht einfach zu einer Apotheke gehen, sondern muss sich stundenlang in einer zentralen Ausgabestelle anstellen.

Jeder der es sich leisten kann, inklusive einiger großer Konzerne, schließt deshalb für sich oder seine Mitarbeiter eine **private Zusatzversicherung** ab oder versichert sich von vorneherein privat. Privatversicherungen gibt es in allen möglichen Varianten. Man kann sich komplett für alle Unwägbarkeiten versichern, aber auch nur für mögliche Krankenhausaufenthalte oder nur für ambulante Behandlungen. Die Versicherungen funktionieren wie bei Autoversicherungen nach dem Bonus-System. Wer sie nicht in Anspruch nimmt, bekommt einen Bonus, wer krank wird oder gar ins Krankenhaus muss, wird anschließend mit höheren Prämien zur Kasse gebeten. Wer die Erhöhung nicht zahlen kann, muss dann eben den Leistungskatalog zusammenstreichen.

## Hier Zusammenbruch der Versorgung, da Hightech-Medizin

Das private Krankenhauswesen in der Türkei ist seit Jahren ein **Wachstumsmarkt auch für ausländische Krankenhausunternehmen**. Während die meisten SSK-Krankenhäuser unter dem immer größeren Ansturm der mittellosen Massen zusammenbrechen, wird in privaten Spitälern fortgeschrittenste Hightech-Medizin angeboten, die der in Deutschland oder den USA kaum nachsteht. Es gibt bereits Krankenhauskonzerne, die ihr Geld mit ausländischen Kunden aus Europa oder den USA machen. Ein auf Augenoperationen mit Lasertechnik spezialisierter Konzern bietet bereits Operationen in Kombination mit einem Badeurlaub an der türkischen Südküste an.

Auch wenn es noch nicht offiziell ist, ist es deshalb doch sehr wahrscheinlich, dass die Regierung über kurz oder lang eine Privatisierung der SSK-Krankenhäuser anstrebt, bei denen die Versicherten dann zukünftig entsprechend den medizinischen Diensten, die sie in Anspruch nehmen, draufzahlen müssen. Als Ausgleich versprach Ministerpräsident Erdogan im Parlament die **Einführung einer nationalen Gesundheitsversicherung**, in die alle einzahlen müssen und die den Staat entlasten und trotzdem eine Grundversorgung sicherstellen soll. Den Vorwurf, er raube den Arbeitern ihre Krankenhäuser, die mit ihrem Geld aufgebaut wurden, kontrte er mit Verweis auf seinen Wählerauftrag. „Die Leute haben mich gewählt, damit ich das Gesundheitssystem manage. Wenn ihnen nicht gefällt, was ich mache, können sie mich bei der nächsten Wahl abwählen.“



## Artikel

Günter Ickler

Quelle: Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz 12/2004

# MIKROZENUS 2005

*Der Mikrozensus ermittelt seit 1957 als repräsentative Stichprobe grundlegende Angaben über die Bevölkerung. Er hat sich zu einer unverzichtbaren Datenquelle für die unterschiedlichsten Bereiche in Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Wissenschaft entwickelt und ist damit als eine der tragenden Säulen der amtlichen Statistik anzusehen. Für die Befragungen ab dem Jahr 2005 gibt es, insbesondere durch die Einführung der unterjährigen Erhebung einschneidende Änderungen; gleichzeitig werden aber auch wesentliche methodische Vorgehensweisen beibehalten.*

### Mehrzweckstichprobe erfüllt komplexe Informationsanforderungen

Die Aufgabe des Mikrozensus besteht in erster Linie darin, Angaben zur Bevölkerung im Haushalts- und Familienzusammenhang sowie zum Erwerbsverhalten zu ermitteln. Die Gestaltung des Mikrozensus als Mehrzweckstichprobe ermöglicht eine vielfältige Kombination seiner einzelnen Erhebungsteile und die Erfüllung komplexer Informationsanforderungen.

Die jährliche Erhebung und die Anlage des Mikrozensus als Verlaufsstatistik mit dem Ziel, haushalts- bzw. personenbezogene Entwicklungen im Zeitablauf darzustellen, erlauben es, Veränderungen der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse schnell zu erkennen und auch längerfristige Entwicklungen zu untersuchen. Aufgrund der zahlreichen Auswertungsmöglichkeiten, die der Mikrozensus bietet, wird eine größere Zahl spezieller Stichproben entbehrlich. Dies reduziert die Kosten und entlastet nicht zuletzt auch die befragten Haushalte.

### Mikrozensus zugleich auch EU-Arbeitskräftestichprobe

Mit dem Mikrozensus wird seit 1968 in jedem Jahr auch eine Arbeitskräfteerhebung der Europäischen Union durchgeführt. Fragenprogramm und Erhe-

bungstechnik beider Erhebungen stimmen zum großen Teil überein, so dass es sich aus Kostengründen und aus Gründen einer möglichst geringen Belastung der Befragten anbot, die Fragen der Arbeitskräfteerhebung in den Mikrozensus zu integrieren. Die erhobenen Daten zur Erwerbsbeteiligung und zur Arbeitssuche haben im internationalen Vergleich einen besonderen Stellenwert, da auf ihrer Grundlage unter anderem über die Vergabe von Geldern aus den Sozial- und Regionalfonds der EU entschieden wird. Mit diesen Mitteln werden auch wirtschaftlich schwache Regionen Deutschlands gefördert.

Das Fragenprogramm der EU-Arbeitskräftestichprobe umfasst außer den jährlich in gleicher Weise zu erhebenden Kernfragen auch so genannte Ad-hoc-Module, die aktuell interessierende Themen abdecken. Gegenstand des Ad-hoc-Moduls 2004 waren „Arbeitsorganisation und Arbeitszeitmodelle“. Im Jahr 2005 sind Fragen zum Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ vorgesehen. Die Ad-hoc-Module werden zukünftig nur noch mit einem Auswahlatz von 0,1% erhoben, was die Möglichkeiten der Auswertung dieser Merkmale für kleinere Bundesländer wie Rheinland-Pfalz sehr einschränkt.

Seit einigen Jahren schreibt die EU für die Arbeitskräfteerhebung eine unterjährige Durchführung, das heißt eine Verteilung der Befragungen über das gesamte Kalenderjahr, vor. Im Rahmen einer Übergangsregelung wurde Deutschland aber die Beibehaltung des bisher praktizierten Verfahrens bis zum Jahr 2004 zugestanden.

### Unterjährige Erhebung ab 2005

Die Vor- und Nachteile einer unterjährigen Erhebung wurden in den vergangenen Jahren auch in Deutschland diskutiert. Bereits der Wissenschaftliche Beirat, der die Weiterentwicklung des Mikrozensus in den 1980er Jahren begleitete, sprach sich für eine Über-

## Exkurs

### Mikrozensus bereits seit 1957

Die Einführung des Mikrozensus in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1957 ging auf eine Empfehlung der OEEC (Organization for European Economic Cooperation) zurück. Danach sollten in den Mitgliedstaaten Stichprobenerhebungen über Arbeitskräfte nach einheitlichen Definitionen durchgeführt werden. Für den wirtschaftlichen Aufbau nach dem Zweiten Weltkrieg bestand ein Bedarf an vergleichbaren Daten über das Arbeitskräftepotenzial und den Arbeitskräfteeinsatz. Die amtliche Statistik begann 1952 mit den Vorarbeiten zur Einführung des Mikrozensus. Dabei wurde der deutsche Mikrozensus nicht als reine Arbeitskräfteerhebung konzipiert. Einerseits sollte er als „Repräsentativstatistik der Bevölkerung und des Erwerbslebens“ einen allgemeinen und grundlegenden Überblick über die Zusammensetzung der Bevölkerung, ihren Bildungsstand, ihre Beteiligung am Erwerbsleben sowie die Sicherung ihres Lebensunterhaltes im Haushalts- und Familienzusammenhang vermitteln. Andererseits sollten Angaben über die Zusammensetzung des Arbeitskräftepotenzials und den Arbeitskräfteeinsatz ermittelt werden. Um eine Darstellung der Ergebnisse auch für die Bundesländer zu ermöglichen, war ein vergleichsweise großer Auswahlsatz von 1% der Bevölkerung vorgesehen. Zur Analyse der Entwicklungen im Zeitablauf, insbesondere zur laufenden Beobachtung des Arbeitsmarktes, war von vornherein die jährliche Durchführung geplant.

Nach einer Einführungsphase wurden in den 1960er Jahren Modifizierungen des Fragenprogramms vorgenommen. Dabei gab es erstmals auch eine Unterteilung in ein regelmäßig abzufragendes Grundprogramm und im Bedarfsfall durchzuführende Zusatzprogramme. Ziel war es, das weitgehend statische Grundprogramm mit Hilfe von Ergänzungsprogrammen zu flexibilisieren, um den aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung zu tragen.

Weitere Ergänzungen des Erhebungsprogramms, wie beispielsweise Fragen für die ausländische Bevölkerung, zum Pendlerverhalten und zur Gesundheit, wurden mit dem Gesetz vom Juli 1975 vorgenommen. Zur Entlastung der befragten Haushalte und Beschränkung des Erhebungs- und Aufbereitungsaufwands wurden aber nicht mehr alle Merkmale jährlich bzw. mit dem vollen Auswahlsatz von 1% erhoben.

arbeitung des Berichtswochenkonzepts aus. Die nach diesem Konzept erhobenen Merkmale weisen den Nachteil der zeitpunktbezogenen Darstellung auf, was für zahlreiche Merkmale Interpretationsprobleme aufwarf. Insbesondere die Angaben zum Erwerbsverhalten hatten durch den Bezug auf die Berichtswoche Ende April bzw. Anfang Mai eine eingeschränkte Aussagekraft. So konnten beispielsweise keine Aussagen über die Erwerbstätigkeit im Baugewerbe in den Wintermonaten oder über Studentenjobs in den Sommersemesterferien gemacht werden.

Eine unterjährige, über das gesamte Jahr verteilte Erhebung kann hingegen neben Quartals- oder Monatsergebnissen auch Jahresdurchschnittswerte liefern, bietet also gegenüber dem früheren Konzept neue und bessere Auswertungsmöglichkeiten. Das neue Konzept eröffnet auch die Möglichkeit zu monatlichen Schnellauswertungen des Mikrozensus, die hochaktuelle Zahlen zur laufenden Beurteilung von Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt liefern.

Die Bedenken Deutschlands gegen das unterjährige Erhebungskonzept, die zu der befristeten Ausnahme Regelung der EU führten, betrafen den erheblichen organisatorischen Aufwand für die Durchführung einer solchen Erhebung. Da jedoch in den meisten anderen europäischen Ländern das Konzept der Unterjährigkeit bereits gilt, war nicht zuletzt im Sinne der Erhebung international vergleichbarer statistischer Daten die Einführung der über das gesamte Kalenderjahr gleitenden Berichtswoche geboten.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Übernahme des neuen Konzepts zur Erhebung 2005 wurden mit dem neuen Mikrozensusgesetz vom 24. Juni 2004 geschaffen. Neben den Neuerungen bleiben methodische und inhaltliche Elemente, die sich grundsätzlich bewährt haben, bestehen.

### Bewährter Auswahlplan im Grundsatz unverändert

Die Grundprinzipien des Auswahlplans, das heißt der Regeln, nach denen die zu befragenden Haushalte festgelegt werden, haben sich bewährt und bleiben auch zukünftig erhalten.

Der Mikrozensus wird als repräsentative Zufallsauswahl mit einem Auswahlsatz von 1% der Bevölkerung durchgeführt. Damit werden in Rheinland-Pfalz jährlich etwa 18 000 Haushalte sowie in Gemeinschaftsunterkünften wohnende Personen befragt.

Einige Merkmale, die bisher bei 0,5% der Bevölkerung (im Bundesdurchschnitt) erfragt wurden, werden jetzt mit dem einheitlichen Auswahlsatz von 1%

erhoben. Dies bringt Vorteile für die organisatorische Abwicklung der Erhebung und gibt auch kleineren Bundesländern Spielraum für Auswertungen.

Die Auswahl der Haushalte wird nach dem Prinzip einer einstufigen Flächenstichprobe vorgenommen. Als Baustein für die Bildung der auszuwählenden Flächen (Auswahlbezirke) werden ganze Gebäude oder - bei großen Gebäuden - Gebäude Teile herangezogen. Die Auswahl und Hochrechnung von Personen in Gemeinschaftsunterkünften erfolgt nach einem gesonderten Verfahren.

Grundlage für die Auswahl der zu befragenden Haushalte sind immer noch die Ergebnisse der Volkszählung 1987. Darüber hinaus werden aber Veränderungen des Gebäudebestandes infolge von Abrissen, Neubauten und Umbauten durch die Heranziehung der Bautätigkeitsstatistik laufend berücksichtigt.

Das Ziehen der Stichproben erfolgt nach dem Rotationsprinzip. Danach sind alle Haushalte in den ausgewählten Auswahlbezirken über einen Zeitraum von vier Jahren hinweg in der Erhebung. In jedem Jahr wird ein Viertel aller in der Stichprobe enthaltenen Haushalte (bzw. Auswahlbezirke) durch neue ersetzt. Dieses Verfahren der partiellen Rotation stellt

einen Kompromiss dar hinsichtlich der Belastung der Befragten und der Möglichkeiten aussagekräftiger Auswertungen im Zeitvergleich.

Die durch die Stichprobe ermittelten Angaben werden auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. In diesem Zusammenhang wird eine Anpassung an die durch die laufende Bevölkerungsstatistik ermittelten Bevölkerungszahlen vorgenommen. Für das zukünftige Hochrechnungsverfahren wurde ein neues Konzept entwickelt, das einerseits den Erfordernissen nach tiefer regionalisierten Ergebnissen Rechnung trägt, es andererseits aber ermöglicht, auf Bundesebene fachlich tief gegliederte Ergebnisse zu erzielen.

### Mehr Flexibilität für bewährtes Fragenprogramm

Bei der Neugestaltung des Mikrozensusgesetzes war eine Ausweitung des Fragenprogramms aus Kostengründen nicht vorgesehen. So mussten die an den Mikrozensus herangetragenen Wünsche zum Teil verworfen werden. Bei der Diskussion über das Fragenprogramm war immer wieder auch die ursprüngliche Zielsetzung des Mikrozensus als Haushalts- und Familienstatistik einerseits und als Erwerbstätigkeitsstatistik andererseits im Auge zu behalten.

## Info

### *Mikrozensus-Erhebungsmerkmale 2005 bis 2012*

#### **Merkmale, die jährlich erhoben werden:**

- Merkmale der Person, Familien- und Haushaltssummenhang, Lebensgemeinschaft, Staatsangehörigkeit, Haupt- und Nebenwohnung
- Zusatzangaben für eingebürgerte Personen und Ausländer
- Quellen des Lebensunterhalts, Höhe des Einkommens
- Rentenversicherung
- Allgemeine und berufliche Ausbildung, Besuch von Kindergarten, Schule, Hochschule, Teilnahme an Lehrveranstaltungen
- Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Arbeitssuche, Nichterwerbspersonen
- Situation ein Jahr vor der Erhebung

#### **Merkmale, die im Abstand von vier Jahren erhoben werden:**

2005 und 2009:

- Lebensversicherung
- Schichtarbeit und betriebliche Altersversorgung
- Gesundheit und Behinderung
- Staatsangehörigkeit der Eltern

2006 und 2010:

- Wohnsituation

2007 und 2011:

- Krankenversicherung
- Ausgeübte Tätigkeit und Stellung im Betrieb

2008 und 2012:

- Pendlereigenschaft und –merkmale

Einen Schwerpunkt der Erhebung bilden die Fragen zur Erwerbstätigkeit. Das jährliche Grundprogramm beinhaltet mit einem Auswahlatz von 1% unter anderem Fragen zur Arbeitszeit, zum ausgeübten Beruf, zu der Stellung im Beruf und dem Wirtschaftszweig des Betriebes, zu Teilzeittätigkeiten und zu befristeten Arbeitsverträgen. Außerdem gibt es einige an Arbeitslose bzw. Arbeitsuchende gerichtete Fragen. In vierjährlichen Ergänzungsprogrammen werden bestimmte Themenschwerpunkte bearbeitet. So sind zum Beispiel alle vier Jahre Fragen zur Wohnsituation oder zur Gesundheit zu erheben. Damit weist das neue Gesetz, was die Inhalte des Fragenprogramms betrifft, keine entscheidenden Änderungen gegenüber dem Mikrozensusgesetz 1996 auf.

Eine wesentliche Neuerung enthält das neue Gesetz jedoch mit einer Vorschrift (§ 13), nach der das Bundesministerium des Innern ermächtigt wird, mit Zustimmung des Bundesrates Verordnungen zur Änderung des Katalogs der Erhebungsmerkmale zu erlassen. Dadurch wird eine Flexibilisierung des Programms des Mikrozensus ermöglicht mit dem Ziel, schneller und einfacher auf einen sich ändernden Datenbedarf reagieren zu können. Dies dient auch einer Verfahrensvereinfachung, indem der Gesetzgeber nicht jede Änderung, sofern sie zu keiner zusätzlichen Belastung für die Befragten führt, selbst regeln muss. Allerdings sind die Möglichkeiten beschränkt und im Mikrozensusgesetz abschließend geregelt:

## Exkurs

### Befragung durch Interviewerinnen und Interviewer – der Regelfall

Die im Mikrozensus eingesetzten Interviewerinnen und Interviewer stellen den Befragten die vorgegebenen Fragen und übertragen die Antworten in die Erhebungsunterlagen. Wichtigste Aufgabe dieser Erhebungsbeauftragten ist es, die ausgewählten Haushalte zur Mitarbeit zu gewinnen und eventuell bestehende Hemmnisse durch zusätzliche Informationen abzubauen. Ihr Einsatz ist nicht nur für die organisatorische Durchführung des Mikrozensus von Bedeutung, sondern hat auch für die Befragten Vorteile. Die geschulten Erhebungsbeauftragten können schnell und korrekt die erteilten Antworten aufnehmen und den Befragten, soweit erforderlich, beim Umgang mit den Erhebungsunterlagen Hilfestellung leisten. Dadurch können Missverständnisse ausgeräumt und ungenaue Angaben vermieden werden. Die Interviewerinnen und Interviewer verwenden für ihre Befragungen zukünftig Laptops.

### Schriftliche Beantwortung auf Wunsch der Haushalte

Neben der persönlichen Befragung besteht für die Haushalte auch die Möglichkeit, die Antworten selbst schriftlich zu erteilen. Zu diesem Zweck werden Fragebogen eingesetzt, die so gestaltet sind, dass sie von den Haushalten auch ohne Beteiligung des Interviewers ausgefüllt werden können. Diese Fragebogen werden in der Regel direkt an das Statistische Landesamt übersandt, können aber auch dem zuständigen Interviewer ausgehändigt werden. In Anbetracht der Komplexität des Mikrozensus weisen die von den Haushalten ausgefüllten Erhebungsbogen jedoch eine hohe Fehlerquote auf, so dass hier in zahlreichen Fällen die Haushalte noch einmal angeschrieben oder angerufen werden müssen.

### Der telefonische Kontakt – eine vorteilhafte Ergänzung

Haushalte, die weder dem Interviewer gegenüber noch schriftlich die Auskunft erteilt hatten, da sie nicht angetroffen werden konnten oder die Auskunft verweigerten, werden vom Statistischen Landesamt angeschrieben und um Erteilung der erforderlichen Auskünfte gebeten. In vielen Fällen nehmen die Haushalte dann telefonisch Kontakt mit dem Statistischen Landesamt auf und äußern den Wunsch nach unmittelbarer telefonischer Übermittlung der Angaben. Der Zeitaufwand für ein derartiges von den besonders ausgebildeten und erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführtes Interview ist ausgesprochen gering. Selbst bei größeren Haushalten sind hier in der Regel nicht mehr als 15 Minuten zu veranschlagen. Die telefonische Befragung als ergänzendes Erhebungsinstrument soll daher aufrechterhalten und nach Möglichkeit noch weiter ausgebaut werden.

- Erhebungsmerkmale können ausgesetzt werden, ihre Periodizität verlängert oder der Kreis der zu Befragenden eingeschränkt werden, wenn die Ergebnisse nicht mehr im bisherigen Umfang benötigt werden.
- Bei geändertem Bedarf können neue Erhebungsmerkmale eingeführt werden, wenn im gleichen Ausmaß andere Merkmale ausgesetzt werden. Neue Merkmale dürfen aber nur solche Bereiche betreffen, die im Mikrozensusgesetz explizit aufgeführt sind. Es handelt sich dabei um Themenkomplexe, die bereits Gegenstand des Mikrozensus sind, wie beispielsweise Haushalts- und Familienzusammenhang, Erwerbstätigkeit, Bildung oder Wohnsituation.

### **Auskunftspflicht weiterhin unerlässlich**

Von den Ergebnissen des Mikrozensus wird ein hohes Maß an Genauigkeit und Zuverlässigkeit erwartet. Sie sollen in tiefer fachlicher Gliederung und - mit Einschränkungen - auch regional gegliedert darstellbar sein, sie sollen keine Verzerrungen aufweisen, und ihre Zuverlässigkeit muss durch eine Fehlerrechnung nachprüfbar sein. Dazu ist - wie bei allen Zufallsstichproben - die Einhaltung des Auswahlplans von grundlegender Bedeutung, das heißt alle zufällig ausgewählten Einheiten sind auch zu berücksichtigen.

Die Nichtbeteiligung einzelner Haushalte führt zu Ergebnisverzerrungen, da Ausfälle stets nicht-repräsentativ sind. Auf keinen Fall können ausgewählte Haushalte (beliebig) durch andere Haushalte ersetzt werden. Ausfälle lassen sich nicht ausgleichen, da es für Art und Größe der erforderlichen Korrekturfaktoren keine hinreichenden Anhaltspunkte gibt.

Der Ausfall einzelner Haushalte wird sich beispielsweise aus Gründen längerer Abwesenheit oder schwerer Krankheit nie ganz vermeiden lassen. Um die Zahl der Ausfälle aber so klein wie möglich halten zu können, ist für den Mikrozensus grundsätzlich Auskunftspflicht vorgesehen.

Untersuchungen in den 1980er Jahren, darunter insbesondere drei vom Wissenschaftlichen Beirat begleitete Testerebungen in den Jahren 1985 bis 1987 sowie nachfolgende Analysen des Statistischen Bundesamtes, gelangten zu dem Ergebnis, dass die von den Datennutzern üblicherweise an den Mikrozensus gestellten Anforderungen bei freiwilliger Auskunftserteilung nicht erfüllt werden können.

Der Gesetzgeber entschied sich mit dem Mikrozensusgesetz von 1985 für eine weitgehende Beibehaltung der Auskunftspflicht, stellte seinerzeit einige Fragen aber auch davon frei. Dieses Grundprinzip wurde in

den folgenden Mikrozensusgesetzen von 1990 und 1996 beibehalten und fand seinen Niederschlag auch in der aktuellen Rechtsgrundlage, die die Erhebungen für die Jahre 2005 bis 2012 regelt.

### **Befragung weiterhin durch Interviewerinnen und Interviewer**

Die Erhebung der Daten für den Mikrozensus erfolgt grundsätzlich über persönliche Befragungen durch Interviewerinnen und Interviewer (siehe hierzu auch Exkurs). Dieses Verfahren bietet sich in Anbetracht der erheblichen Komplexität des Fragenprogramms an und hat sich bewährt. Durch die Einführung des unterjährigen Erhebungskonzepts ändert sich die Arbeit dieser Erhebungsbeauftragten grundlegend.

In Rheinland-Pfalz wurden bisher jedes Jahr etwa 400 Interviewerinnen und Interviewer zur Befragung eingesetzt. Da die Angaben der Haushalte für eine bestimmte Berichtswoche - normalerweise Ende April - zu erheben waren, lag der Schwerpunkt der Befragungen für die rund 18 000 Haushalte in den Monaten Mai und Juni. Zukünftig verteilen sich die Befragungen auf das gesamte Kalenderjahr, was eine erhebliche Verkleinerung des Interviewerstabs ermöglicht. Ab dem Jahr 2005 werden voraussichtlich nur noch 80 Erhebungsbeauftragte im Einsatz sein. Ein Interviewer kann dann - über das ganze Jahr verteilt - mehr Haushalte betreuen. Allerdings wird dies in einem eher ländlich strukturierten Land wie Rheinland-Pfalz mit entsprechend weiteren Fahrtstrecken und damit höheren Reisekosten verbunden sein.

### **Datenbereitstellung schnell und zuverlässig durch Einsatz von Laptops**

Mit Einführung des unterjährigen Mikrozensus ist der flächendeckende Einsatz von Laptops als zentrales Erhebungsinstrument vorgesehen.

Die Entwicklung immer leistungsfähigerer Geräte ermöglicht die Anwendung auch komplexerer Software, die für eine Erhebung wie den Mikrozensus erforderlich ist. Die verwendeten Computerprogramme schließen durch eine entsprechende Filterführung für bestimmte Personen nicht zutreffende Fragen von vornherein aus und ermöglichen unmittelbare Plausibilitätskontrollen. Bei unstimmigen Antworten können die Interviewerinnen und Interviewer direkt nachfragen und eventuelle Missverständnisse aus dem Weg räumen. Als nachteilig ist der größere Zeitaufwand für die Durchführung des Interviews zu sehen, was zu Akzeptanzproblemen bei den Befragten führen

kann, aber auch bei der Festlegung der Interviewervergütung zu berücksichtigen ist.

Der Einsatz computergestützter Erhebungsverfahren hat sich in den Niederlanden bei einer mit dem Mikrozensus vergleichbaren Erhebung bereits seit einigen Jahren bewährt. Auch die sukzessive Einführung von Laptop-Befragungen in anderen Bundesländern ist weitgehend positiv zu beurteilen. In Rheinland-Pfalz wurden erstmals im Jahr 2002 und auch bei den Erhebungen der Jahre 2003 und 2004 fünf Geräte eingesetzt. Für den geplanten - voraussichtlich ganzjährigen Einsatz von 80 Interviewerinnen und Interviewern ist für die Erhebung ab 2005 die Beschaffung von Geräten in gleicher Anzahl erforderlich.

Der umfassende Einsatz von Laptops ist trotz sinkender Anschaffungspreise mit erheblichen Investitionen für die Erstbeschaffung, aber auch für den Ersatzbedarf in den Folgejahren verbunden.

#### **Monatliche Schnellauswertungen**

Die regelmäßige Übermittlung der durch die Interviewerinnen und Interviewer erhobenen Daten über das Telefonnetz an das Statistische Landesamt erlaubt eine schnelle Ergebnisbereitstellung.

Nach dem neuen Konzept ist nicht nur die Veröffentlichung aktueller Quartalsergebnisse drei Monate nach Quartalsende möglich. Zusätzlich sind auch monatliche Schnellauswertungen von Arbeitsmarktdaten des Mikrozensus vorgesehen, die den Bedarf an international vergleichbaren Ergebnissen nach den Kriterien der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) decken sollen. Die Schnellauswertungen ermöglichen die Bereitstellung von hochaktuellen Ergebnissen spätestens 14 Tage nach Ablauf eines Monats, wodurch die laufende Beurteilung der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere die Erwerbslosen betreffend, ermöglicht wird. Durch das neue Konzept lassen sich die Ergebnisse zudem mit einem höheren Aussagegehalt für solche Merkmale ermitteln, die saisonalen oder konjunkturellen Schwankungen unterliegen.

*Günter Ickler, Diplom-Ökonom,  
leitet das Referat  
Bevölkerung, Beschäftigte,  
Soziale Leistungen*

## **Buch Vorstellung**

*Hausotter Wolfgang;  
Schouler-Ocak Meryam (Hrsg.)*

### **Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund**

unter medizinischen und  
psychologischen  
Aspekten

In diesem Buch finden Sie alle für die Begutachtung relevanten transkulturellen Aspekte der verschiedenen Herkunftssituationen.

#### **Inhalt:**

- Durchführung der Untersuchung, Aufbau und Formulierung eines Gutachtens
- Mögliche Fehlerquellen und zahlreiche Formulierungshilfen
- Kasuistiken und Gesprächsprotokolle aus der Praxis der Verfasser
- Gutachtensrelevante Begriffe und Definitionen, juristische Zusammenhänge und Gesetztexte in Auszügen
- Spezielle Aspekte: Frauen, der alternde Mensch, PTSD, traumatisierende Erlebnisse deutscher Staatsangehöriger in Krieg, Nachkriegszeit und DDR
- Zahlreiche Checklisten im Anhang

2006; 216 S. 5 Tab.

€ (D) 44,95 | € (A) 46,30 | sFr 69,-

ISBN 978-3-437-24360-8

Elsevier GmbH  
SFG Servicecenter Fachverlage  
Postfach 4343  
72774 Reutlingen  
Tel.: 0 70 71 / 93 53 14  
Mail: bestellung@elsevier.de

# Gesellschaftliche Kosten unzureichender Integration von Zuwandern und Zuwanderinnen in Deutschland

Welche gesellschaftlichen Kosten entstehen,  
wenn Integration nicht gelingt? – Von: BASS

Zusammenfassung



## Artikel

Tobias Fritschi (BASS), Ben Jann (ETH Zürich)

### » Ausgangslage

Die Zusammenhänge zwischen Integrationsprozessen bei Zuwanderinnen und Zuwanderern und gesellschaftlichen Kosten sind in der aktuellen politischen Diskussion eine wichtige Frage. Zur näheren Untersuchung derselben sowie zur Abschätzung des Potenzials an gesellschaftlichem Nutzen, welcher durch gezielte Integrationsmaßnahmen ausgelöst werden kann, hat die Bertelsmann Stiftung durch das Büro BASS per April 2007 ein Gutachten erstellen lassen, in welchem ein Konzept für die Messung der gesellschaftlichen Kosten unzureichender Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern entwickelt wurde (Fritschi / Stutz / Schmugge 2007).

Der vorliegende Schlussbericht stellt die Resultate der empirischen Umsetzung dieses Konzepts dar. Ziel des Forschungsprojekts war es, folgende Fragestellungen zu beantworten:

- Wie hoch sind die gesellschaftlichen Kosten unzureichender Integration für das Jahr 2005 in Deutschland insgesamt zu veranschlagen? Auf welchen gesellschaftlichen bzw. staatlichen Ebenen fallen diese Kosten an?
- Welches sind die mit der unterschiedlichen Arbeitsmarktbeteiligung der weniger integrierten Zuwanderungsbevölkerung zusammenhängenden gesellschaftlichen Kosten pro Kopf? Dabei werden insbesondere Steuereinnahmen, Sozialversicherungsbeiträge und Beziehe von Sozialtransfers betrachtet.
- Zur Beantwortung dieser Fragestellungen sind im Voraus folgende beide Fragen zu beantworten.

- Welcher Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind aufgrund eines Integrationsindexes, welcher aus den Bereichen Bildung, Sprache und soziale Integration gebildet wird, als weniger integriert zu bezeichnen?
- Welches sind die statistischen Differenzen in der durchschnittlichen Arbeitsmarktbeteiligung zwischen gemäß Integrationsindex integrierten bzw. weniger integrierten Zuwanderinnen und Zuwanderern? Dabei werden der Erwerbsstatus und die erzielten Erwerbseinkommen untersucht.

### » Modell zur Berechnung der Kosten unzureichender Integration

Die Messung der gesellschaftlichen Kosten unzureichender Integration bezieht sich in der vorliegenden Untersuchung auf die Personen im Erwerbsalter (zwischen 16 und 64 Jahren). Die Kosten unzureichender Integration lassen sich anhand der Unterschiede in der Beteiligung der integrierten bzw. weniger integrierten Zuwanderinnen und Zuwanderer am deutschen Arbeitsmarkt messen. Dies geschieht in Form einer Fiskalbilanz der betreffenden Individuen (Steuern, Sozialversicherungen, öffentliche Sozialtransfers) gegenüber den verschiedenen staatlichen Ebenen Deutschlands (Kommune, Land, Bund, Sozialversicherungen). Dabei wird explizit die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen und Männern in Betracht gezogen in einer Analyse auf der Basis von repräsentativen Individualdaten des Soziökonomischen Panels SOEP (2005).

Ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Integration von Personen im Erwerbsalter ist ihre Teilnahme am

Arbeitsmarkt des Aufnahmelandes. Diese Teilnahme basiert allerdings meist auf gewissen Voraussetzungen der Integration in anderen Lebensbereichen. Für die Chancen auf dem deutschen Arbeitsmarkt ist es ausschlaggebend, ob die Personen mit Migrationshintergrund der deutschen Sprache mächtig sind und ein adäquates Bildungsniveau aufweisen. Andererseits ist es bei der Suche nach Arbeit hilfreich, wenn die Personen mit Migrationshintergrund ein soziales Netzwerk aufweisen.

Diese Zusammenhänge werden in ein Wirkungsmodell integriert, welches den Berechnungen der Kosten unzureichender Integration von Zuwanderern in Deutschland zugrunde liegt. Das Wirkungsmodell konzentriert sich auf die Erklärung der monetären Aspekte der Arbeitsmarktbeteiligung.

Als Vergleichsgruppe für die weniger integrierten Zuwanderer sollen die integrierten Zuwanderer dienen, nicht die Aufnahmebevölkerung. Dies aus dem Grund, dass diese den tatsächlich mittels Integration erreichbaren Zustand besser repräsentieren.

## » Zuwanderergruppen in Deutschland

Die in die Untersuchung mit einzubeziehenden Gruppen von Zuwanderinnen und Zuwanderern werden wie folgt definiert (Anteile an der Bevölkerung im Erwerbsalter):

- Ausländer/innen der ersten Generation (6,9 %)
- Eingebürgerte der ersten Generation (4,0 %)
- Spätaussiedler/innen der ersten Generation (1,7 %)
- In Deutschland geborene Personen mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil (zweite Generation, 2,7 %).

Die betrachtete Bevölkerung ist hier nur ein Ausschnitt der Gesamtbevölkerung, nämlich die Personen im erwerbsfähigen Alter (insgesamt 53 Mio.). Daher beträgt der Gesamtanteil der Personen mit Migrationshintergrund nur rund 15 Prozent statt 19 Prozent wie in der Gesamtbevölkerung im Jahr 2005.

## » Integration in den Bereichen Bildung, Sprache und Soziales

Zur Unterscheidung von integrierten und weniger integrierten Zuwanderinnen und Zuwanderern wurde ein Integrationsindex gebildet. Dieser setzt sich aus Indikatoren in drei Bereichen zusammen, welche selber aus mehreren Merkmalen gebildet werden, und verdichtet diese zu einem Gesamtindex:

- Bildung      • Sprache
- Soziale Integration

Diese Zusammensetzung entspricht den festgestellten

Haupteinflussgrößen auf die Zielvariablen im Bereich Arbeitsmarkt und Gesundheit. Es wurde bei der Konzeption der Indikatoren sowie des Gesamtindexes darauf geachtet, dass für die Zuordnung zu den Gruppen „Integrierte“ und „Weniger Integrierte“ möglichst klar definierte Merkmale identifiziert wurden. Dabei wurden im Rahmen der Vorstudie verschiedene Varianten geprüft, von welchen die mit den verfügbaren Daten am besten umsetzbare gewählt wurde. Die Abgrenzung wurde zudem so gewählt, dass der Gruppe der Integrierten aufgrund der Integrationsmerkmale grundsätzlich gleichwertige Chancen wie der Aufnahmebevölkerung attestiert werden können.

## » Bildung

Im Bereich Bildung wurden drei Bedingungen aufgestellt, welche alle erfüllt sein müssen, damit ein Individuum als bildungsintegriert bezeichnet werden kann:

- mehr als neun Jahre Bildung,
- mindestens Hauptschulabschluss,
- mindestens zwei Jahre Bildung in Deutschland.

Insgesamt sind 28 Prozent der Zuwanderer nach den genannten Kriterien als bildungsintegriert zu bezeichnen, 61 Prozent sind bezüglich Bildung weniger integriert. Dabei muss angemerkt werden, dass es sich hier nicht um eine reine Beurteilung der Bildungsqualifikation handelt, sondern dass auch das Kriterium „zwei Jahre Bildung in Deutschland“ als relevant in Bezug auf das Integrationsmaß angesehen wird. Für 11 Prozent der Zuwanderer konnte der Integrationsgrad im Bildungsbereich nicht bestimmt werden.

## » Sprache

Im Bereich Sprache wurde die Selbsteinschätzung der Zuwanderer bezüglich des Beherrschens der deutschen Sprache als Indikator genommen. Es wurde sowohl die Selbsteinschätzung für

- Sprechen der deutschen Sprache als auch
- Schreiben der deutschen Sprache

mit einbezogen. Als Kriterium wurde die Angabe von mindestens „gut“ entweder für das Sprechen oder das auch Schreiben sein können.

Insgesamt sind 74 Prozent der Zuwanderer nach den genannten Kriterien als sprachintegriert zu bezeichnen, 26 Prozent sind bezüglich Sprache weniger integriert.

## » Soziale Integration

Die soziale Integration der Zugewanderten in der Aufnahmebevölkerung ist über das Konzept des Sozialkapitals fassbar. Sozialkapital in seiner allgemeinen Form als Anzahl Kontakte pro Zeiteinheit mit Personen der

Aufnahmevereinigung war aufgrund der Datenlage als Integrationsindikator nicht operationalisierbar. Daher wurde auf eine institutionelle Form von Sozialkapital zurückgegriffen, die Tätigkeit in Freiwilligenorganisationen. Dabei wurden zwei institutionelle Formen von freiwilligem sozialem Engagement einbezogen, die ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten und die Beteiligung an Bürgerinitiativen, Parteien oder in der Kommunalpolitik.

Bei Teilnahme an Bürgerinitiativen oder bei Angabe ehrenamtlicher Tätigkeit wurden die betreffenden Individuen als sozial integriert bezeichnet. Dies trifft auf insgesamt 24 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund zu.

### » Zusammenfassender Integrationsindex

Wie erwähnt, wurde aus den drei Indikatoren für die Bereiche Bildung, Sprache und soziale Integration ein Integrationsindex gebildet, welcher eine Kombination aus den drei Einzel-Indikatoren darstellt. Dieser Integrationsindex soll dazu dienen, die Zuwanderinnen und Zuwanderer in zwei Gruppen einzuteilen, in integrierte und weniger integrierte Individuen. Die Zuordnung erfolgt nach einem einfachen Prinzip: Ist das Individuum in zwei der drei Bereichen als integriert zu bezeichnen, so gilt es insgesamt als integriert, andernfalls als weniger integriert. Ein wichtiges Anliegen bei der Konzeption war es sicherzustellen, dass keine Person mit Migrationshintergrund aus rein institutionellen Gründen als integriert bzw. weniger integriert bezeichnet wird, z. B. durch Einbürgerung oder durch den obligatorischen Besuch des Bildungssystems. In der spezifizierten Integrationsanforderung ist eine gewisse Leistungskomponente (Eigenleistung der Zugewanderten) enthalten, welche auf Freiwilligkeit beruht und damit auch die Motivation der Individuen widerspiegelt.

38 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund sind als insgesamt integriert zu bezeichnen. Etwas mehr als die Hälfte, nämlich 55 Prozent der Zuwanderinnen und Zuwanderer, sind nach dem verwendeten Integrationsindex als weniger integriert zu bezeichnen. Bei 7 Prozent der Zuwanderinnen und Zuwanderer ist der Integrationsstatus nicht bestimmbar. Für diese Personen wird erwartet, dass sie auf dem deutschen Arbeitsmarkt in etwa adäquate Erwerbschancen aufweisen wie die autochthone Bevölkerung.

Die Unterschiede in der Häufigkeit des Integrationsstatus „insgesamt integriert“ sind zwischen den Zuwanderergruppen groß. Am häufigsten sind die Zuwanderinnen und Zuwanderer der zweiten Generation als insgesamt integriert zu bezeichnen (75 %),

am seltensten die Ausländer/innen der ersten Generation (18 %). Die Gruppen der Eingebürgerten der ersten Generation sowie der Aussiedler/innen weisen eine identische Häufigkeit der insgesamten Integration von 44 Prozent auf. Es zeigt sich also ein klarer Unterschied im Integrationsgrad der ersten und der zweiten Generation der Zugewanderten.

Interessant ist, dass die Zuwanderer der ersten und der zweiten Generation einen sehr unterschiedlichen Zusammenhang zwischen Alter und Integrationsgrad aufweisen. Während bei der ersten Generation unter den älteren Zuwanderern der Anteil Integrierter geringer ist als bei den Jüngeren, steigt der Anteil der integrierten Personen bei den Zuwanderinnen und Zuwanderer der zweiten Generation mit steigendem Alter an.

### » Berechnung von Modellvarianten

Für die Berechnungen wurde ein Matching-Verfahren angewendet. Bei diesem werden zwei Gruppen von Individuen gebildet, welche sich in einer zentralen Größe unterscheiden. In unserem Zusammenhang ist dies die Frage nach dem Integrationsstatus. In der Berechnung werden Differenzen zwischen zwei Gruppen in definierten Zielvariablen gemessen, dies sind im vorliegenden Zusammenhang die Merkmale der Arbeitsmarktbeteiligung sowie der fiskalischen Beiträge und Belastungen. Beim Matching werden verschiedene Einflüsse auf die Zielvariablen „kontrolliert“, indem nur Individuen aus den beiden Gruppen mit identischen bzw. sehr ähnlichen Werten in den Kontrollvariablen verglichen werden.

Es wurden mehrere Modellvarianten mit unterschiedlichen Kontrollvariablen durchgeführt. Schließlich wurden die drei am besten auf das Wirkungsmodell zutreffenden Modelle ausgewählt.

- **Modell 1:** Es wurden die Kontrollvariablen Geschlecht, Alter, Zuwanderergruppe und Bundesland verwendet. In diesem Modell werden also Individuen verglichen, welche dasselbe Geschlecht und Alter haben, derselben Zuwanderergruppe angehören und in demselben Bundesland wohnhaft sind.
- **Modell 2:** Zusätzlich zu den Kontrollvariablen des Modells 1 wurde noch die Kontrollvariable Herkunftsland nach Gruppen verwendet. Dabei wurden folgende sechs Gruppen von Herkunftsländern gebildet: Deutschland (zweite Generation der Zuwanderer), EU 15, EU-Osterweiterung (EU27), Türkei, weiteres Europa und OECD, nichteuropäische Nicht-OECD-Länder. In diesem Modell werden Individuen verglichen, welche nebst dem, dass sie das gleiche Geschlecht, Alter, die gleiche Zuwan-

derergruppe und denselben Wohnsitz (Land) aufweisen, auch aus derselben Gruppe von Herkunfts ländern stammen.

- **Modell 3:** Zusätzlich zu den Kontrollvariablen des Modells 2 wurde die Kontrollvariable Aufenthaltsdauer der Zuwanderer in Deutschland verwendet. In diesem Modell werden Individuen verglichen, die nebst dem, dass sie das gleiche Geschlecht, Alter, die gleiche Zuwanderergruppe, denselben Wohnsitz (Land) und dieselbe Herkunftsländergruppe aufweisen, auch etwa gleich lang in Deutschland wohnhaft sind. Dies ist vor dem Hintergrund, dass über die Zeit eine gewisse Integration automatisch stattfinden kann, von Bedeutung.

Die Resultate aus den drei Modellen haben eine unterschiedliche Aussage: In Modell 1 wird ungeachtet der Herkunft und der Aufenthaltsdauer ermittelt, welche Unterschiede sich in der Arbeitsmarktbeteiligung zwischen den integrierten und weniger integrierten Zuwanderern in Deutschland ergeben. Diese Unterschiede können als gesellschaftliches Brutto-potenzial der Integration betrachtet werden.

In Modell 2 wird zusätzlich berücksichtigt, dass die Zuwanderer aus unterschiedlichen Herkunftsländern unterschiedliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration in den deutschen Arbeitsmarkt mitbringen können. Die unter diesen Bedingungen bestehenden Unterschiede zwischen integrierten und weniger integrierten Zuwanderern können als gesellschaftliches Bruttopotenzial der Integration betrachtet werden, wenn die Herkunft der migrierten Personen als gegeben angesehen wird. Die Differenz in den Unterschieden zwischen Modell 2 und Modell 1 kann als durch eine nach Herkunftsländern diskriminierende Einwanderungspolitik beeinflussbares Potenzial der Integration betrachtet werden.

In Modell 3 wird nicht nur die Herkunft der Zugewanderten als gegeben angesehen, sondern auch die Länge ihres Aufenthalts in Deutschland. Die Unterschiede, welche nach Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer der Zugewanderten zwischen „Integrierten“ und „weniger Integrierten“ bestehen, stellen das Nettopotenzial der Integration dar, welches über Integrationsmaßnahmen erreicht werden kann. Integrationsmaßnahmen können den Integrationsprozess über die Zeit beschleunigen.

## » Erwerbseinkommen

Die Brutto-Erwerbseinkommen liegen sowohl im Gesamtdurchschnitt (Erwerbstätige, Erwerbslose und Nichterwerbstätige) als auch nur unter den Erwerbstätigen für die Gruppe der integrierten Zuwanderer

bedeutend höher. Die Differenz zwischen integrierten und weniger integrierten Zugewanderten beträgt 5653 (Modell 3) bis 8178 Euro (Modell 1) pro Jahr im Durchschnitt über alle Zuwanderer im Erwerbsalter, bzw. 4780 (Modell 3) bis 7497 Euro (Modell 1) nur für erwerbstätige Zuwanderinnen und Zuwanderer.

Der Unterschied im Erwerbseinkommen der Erwerbstätigen zeigt die unterschiedlichen beruflichen Chancen der integrierten und weniger integrierten Zugewanderten, gegeben dass sie eine Erwerbsarbeit haben. Der Unterschied im Erwerbseinkommen aller Personen im Erwerbsalter hingegen widerspiegelt zusätzlich, dass weniger integrierte Personen mit Migrationshintergrund zusätzlich eine geringere Wahrscheinlichkeit der Erwerbsbeteiligung aufweisen.

## » Fiskalbilanz

Die integrierten Zuwanderinnen und Zuwanderer liefern im Schnitt je nach Modell pro Jahr 1145 bis 1897 Euro mehr an Einkommenssteuern an die öffentliche Hand ab als die weniger integrierten Personen mit Migrationshintergrund. Zudem betragen die Beiträge der integrierten Zugewanderten an die Sozialversicherungen (Lohnabzüge) je nach Modell 844 bis 1297 Euro mehr als diejenigen der weniger integrierten Gruppe. Insgesamt werden je nach Modell durch die höheren Erwerbseinkommen der integrierten Zuwanderinnen und Zuwanderer pro Kopf 1989 bis 3079 Euro jährlich mehr an fiskalischen Beiträgen geleistet als durch die Erwerbseinkommen der weniger integrierten Zugewanderten.

Ein statistisch signifikanter Unterschied lässt sich zudem bei den Renten feststellen (Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Witwen- und Waisenrenten). Dieser beträgt je nach Modell minus 414 bis minus 554 Euro pro Kopf jährlich, welche von den integrierten Zugewanderten weniger bezogen werden.

Unter den sozialen Transfers an das Individuum werden Leistungen des Arbeitslosengelds I, Mutterschaftsgeld, Ausbildungsbeiträge (Bafög) sowie Übergangszahlungen für den Altersruhestand zusammengefasst. Es lässt sich kein statistisch signifikanter Unterschied im Bezug dieser Leistungen zwischen den Gruppen der Integrierten und Nicht-Integrierten feststellen.

Zu den sozialen Transfers an den Haushalt gehören Kindergeld, Wohngeld, Leistungen der Pflegeversicherung und Arbeitslosengeld II (Sozialhilfe). Sie wurden für die vorliegenden Berechnungen durch die Anzahl erwachsener Personen im Haushalt geteilt, um den individuellen Anteil an diesen Transfers zu bestimmen. Auch hier lässt sich kein statistisch signifikanter Unterschied im Bezug der Leistungen zwischen den

Gruppen feststellen. Der Unterschied ist auch hier tendenziell stärker negativ in Modell 3, welches die Aufenthaltsdauer berücksichtigt.

Es wurden zudem Unterschiede zwischen den Gruppen in verschiedenen Gesundheitsmerkmalen untersucht: Beim Bezug von Leistungen des Gesundheitswesens, welche kostenrelevante Faktoren darstellen, konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Hingegen beurteilen die weniger integrierten Zugewanderten ihren Gesundheitszustand signifikant als schlechter als die integrierten Zugewanderten.

Werden die höheren fiskalischen Beiträge der integrierten Zugewanderer in Form von Einkommenssteuern und Sozialversicherungsbeiträgen und die tieferen fiskalischen Belastungen in Form von Renten und weiteren Sozialtransfers zusammengefasst, ergibt sich eine Differenz in der fiskalischen Gesamtbilanz zwischen integrierten und weniger integrierten Zugewanderinnen und Zugewanderern von 3471 Euro in Modell 1, 3472 Euro in Modell 2 und 2624 Euro in Modell 3.

Die dargestellten Zahlen stellen Mittelwerte aufgrund einer Stichprobenerhebung (SOEP 2005) dar. Es handelt sich um Schätzwerte, die nur mit der Angabe eines Konfidenzintervalls zu verwenden sind. Dieses gibt an, in welcher Bandbreite sich der wahre Wert der ermittelten Schätzgröße mit 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit befindet. Für das Modell 1 liegt diese Bandbreite zwischen 2580 und 7054 Euro, für das Modell 2 zwischen 2636 und 6937 Euro und für das Modell 3 zwischen 576 und 5922 Euro.

## » Hochrechnung

Werden die oben ausgewiesenen Durchschnittswerte als Grundlage für eine Hochrechnung auf die gesellschaftlichen Gesamtkosten der unzureichenden Integration genommen, so müssen die Pro-Kopf-Werte mit der Anzahl an weniger integrierten Zugewanderern im Erwerbsalter in Deutschland multipliziert werden. Dies sind insgesamt 4,5 Millionen Personen, welche den 55 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund im Erwerbsalter entsprechen, die nach dem verwendeten Integrationsindex als weniger integriert zu bezeichnen sind. Dies ergibt eine Gesamtsumme der Kosten unzureichender Integration von 11,8 Mrd. Euro (Modell 3) bis 15,6 Mrd. Euro pro Jahr (Modelle 1 und 2).

Die berechneten Kosten der unzureichenden Integration fallen allerdings bei unterschiedlichen Finanzträgern an. Als Finanzträger wurden die Kommunen, die Länder, der Bund, die Sozialversicherungen sowie die Wirtschaft/Gesellschaft ermittelt. Die im vorliegenden Bericht berechneten Kosten unzureichender Integration von Zugewanderinnen und Zugewanderern beziehen

sich auf die ersten vier dieser fünf gesellschaftlichen Ebenen, da sich die Kostenbestandteile der Fiskalbilanz alle auf öffentliche Haushalte beziehen.

Im Folgenden sollen daher die Bandbreiten für die Belastung der einzelnen staatlichen Ebenen für das Modell 1 angegeben werden, welches das gesellschaftliche Bruttonetzwerk an Einsparungen von Kosten der unzureichenden Integration von Zugewanderern darstellt. Dabei werden nur die statistisch signifikanten Bestandteile der Fiskalbilanz (Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Renten) mit einbezogen:

Bund: (42,5 % der Einkommenssteuererträge):

- Mittelwert 3,6 Mrd. Euro,  
Bandbreite zwischen 1,6 und 5,6 Mrd. Euro

Land: (42,5 % der Einkommenssteuererträge):

- Mittelwert 3,6 Mrd. Euro,  
Bandbreite zwischen 1,6 und 5,6 Mrd. Euro

Kommunen: (15 % der Einkommenssteuererträge):

- Mittelwert 1,3 Mrd. Euro,  
Bandbreite zwischen 0,6 und 2,0 Mrd. Euro

Sozialversicherungen: (Beiträge und Renten):

- Mittelwert 7,8 Mrd. Euro,  
Bandbreite zwischen 4,6 und 11,0 Mrd. Euro

Auch die Wirtschaft profitiert in im vorliegenden Bericht nicht näher berechneten Maß von verstärkter Integration der Personen mit Migrationshintergrund über Produktivitätsgewinne (höhere Produktivität der beschäftigten Arbeitskräfte, zusätzliche Arbeitsplätze), die Gesellschaft als Ganzes gewinnt durch einen erhöhten sozialen Frieden.

Es kann daraus geschlossen werden, dass die dargestellten gesellschaftlichen Kosten unzureichender Integration ein großes Potenzial an Einsparungen für die öffentliche Hand darstellen, welches zumindest teilweise über gezielte Integrationsmaßnahmen erreicht werden kann. Über welche Integrationsmaßnahmen sich welcher Anteil des Potenzials ausschöpfen lässt, kann erst durch die Evaluation einzelner Integrationsmaßnahmen in den Kommunen ermittelt werden.

Unsere Resultate zeigen, dass die Integrationsmaßnahmen, welche hauptsächlich durch Kommunen finanziert und durchgeführt werden, nicht nur in deren Finanzaushalt positive Wirkungen zeitigen, sondern auch in den Haushalten von Bund, Land und den Sozialversicherungen.

*Kontakt:* Claudia Walther, Projektmanagerin  
Kompetenzzentrum Demokratie u. Integration  
Bertelsmann Stiftung  
Telefon: 0 52 41 81 - 81 36  
Mobile: 01 73 266 4779  
Fax: 0 52 41 81 - 68 13 60  
E-Mail: claudia.walther@bertelsmann.de  
Internet: www.bertelsmann-stiftung.de

# Buch Vorstellung

Verlag Ferdinand Schöningh

## Enzyklopädie Migration in Europa

Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart

Migration und Integration prägen die europäische Geschichte seit ihren Anfängen. Heute stehen sie im Mittelpunkt öffentlicher Aufmerksamkeit.

Viele Europäer halten die aktuellen Herausforderungen für eine historische Ausnahmesituation. Wanderungsbewegungen, Integration und interkulturelle Begegnung aber waren seit jeher zentrale Elemente der europäischen Kulturgeschichte. Viele, die sich gegenwärtig über die Integration von Fremden sorgen, wissen nicht, dass sie selber ferne Nachfahren von Zuwanderern sind. Die Vielfalt der Gruppen, die sich innerhalb Europas über die Grenzen staatlicher, kultureller und sozialer Räume bewegten oder von außerhalb nach Europa zuwanderten und dies weiter tun, ist nur wenigen bewusst. Dieser Mangel an historischem Bewusstsein in Sachen Migration und Integration hat Folgen für Politik und Gesellschaft.

Das verfügbare Wissen über Migration und Integration stellt die Enzyklopädie Migration in Europa übersichtlich, klar und kompetent bereit - von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart.

Die Enzyklopädie ist ein Gemeinschaftswerk internationaler Fachleute. Der erste Teil behandelt alle europäischen Großregionen und Länder in ausführlichen epochenübergreifenden Überblicken. Sie beschreiben die Wanderungsgeschichte der jeweiligen Räume und untersuchen die sozialen, wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen von Integration. Das bietet den Orientierungsrahmen für die folgenden mehr als 220 Artikel zu den vielgestaltigen einzelnen Migrantengruppen in Europa.

Verlag Ferdinand Schöningh GmbH Co. KG  
Postfach 2540  
D-33055 Paderborn  
Tel.: 05251/127-5  
Fax: 05251/127-860

Enzyklopädie  
Migration in Europa  
Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart  
Herausgegeben von Klaus J. Bade, Pieter C. Emmer,  
Leo Lucassen und Jochen Oltmer  
2007. 1.156 Seiten im Großformat,  
zahlr. Abbildungen und Karten, Festeinband, 78,- €  
ISBN 978-3-506-75632-9  
*Der Titel erscheint in Gemeinschaftsproduktion mit dem Wilhelm Fink Verlag*

Fatma Parla (Hrsg.)

## Migration und Drogenabhängigkeit

Eine vergleichende Studie von  
türkischen Jugendlichen in Deutschland  
und in der Türkei

# Buch Vorstellung

Für diese empirische Untersuchung wurden 100 problemzentrierte Interviews mit jungen türkischen Drogenabhängigen in beiden Ländern durchgeführt. Die Lebenssituationen von 50 jungen Drogenabhängigen im Alter zwischen 14 - 21 Jahren in Deutschland und 50 in der Türkei wurden vergleichend dargestellt.

Schwerpunkt der Studie ist der **Vergleich von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen sich in Therapie befindenden 20 Jugendlichen** in Deutschland und der Türkei. Außerdem wurden neun Experteninterviews zum Thema Drogenproblematik in beiden Ländern durchgeführt, um festzustellen, wie die Experten diese Drogenproblematik betrachten und damit umgehen.

Forschungsergebnisse zur Suchtprävention, Bd. 9

Verlag Dr. Kovac  
Hamburg 2007  
324 Seiten, 58,- €  
ISBN: 978 3 8300 3076 8



Information  
**Bundesministerium für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend**  
Pressesprecherin: Iris Bethge

# Leben *swelten*

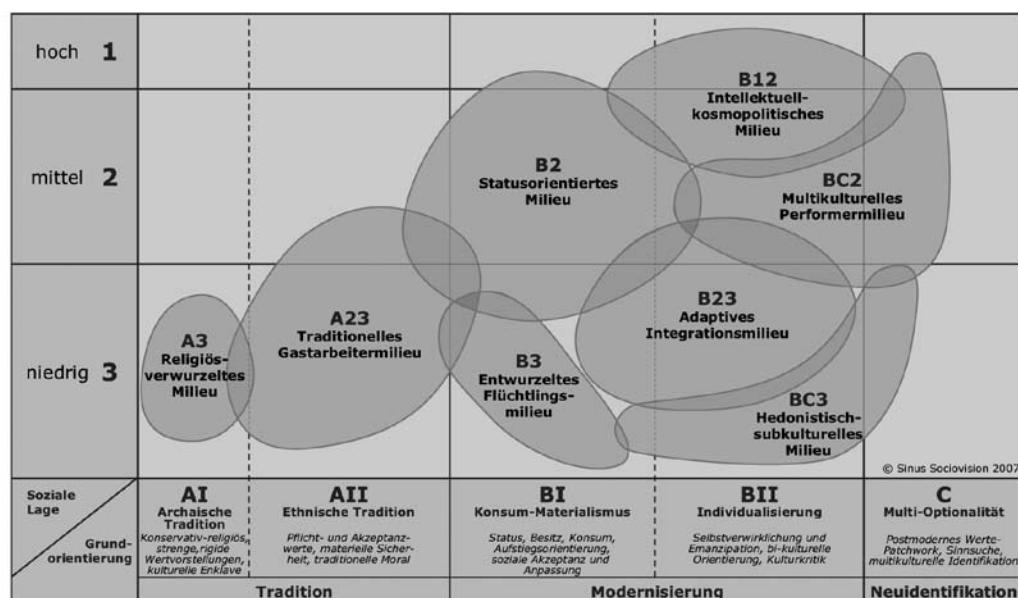
von Migrantinnen und Migranten in Deutschland

## Rollenbilder in Migrantenmilieus

### Was sind „(Migranten-)Milieus“?

(Migranten-)Milieus fassen Menschen zusammen, die sich in Lebensauffassung und Lebensweise ähneln, d.h.

- Sie haben ähnliche Grundorientierungen und Werte,
- Sie haben einen ähnlichen Lebensstil und Geschmack
- Sie befinden sich in einer ähnlichen sozialen Lage.



### Zentrale Ergebnisse zu den Milieubildungen

- Die vorliegende Studie zeigt ein facettenreiches Bild der Migranten-Population und widerlegt viele der verbreiteten Klischees über Migranten und Migrantinnen.
- Die Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind keine soziokulturell homogene Gruppe. Vielmehr zeigt sich eine vielfältige und dif-

ferenzierte Milieulandschaft. Insgesamt acht Migranten-Milieus mit jeweils ganz unterschiedlichen Lebensauffassungen und Lebensweisen konnten identifiziert werden.

- Die Migranten-Milieus unterscheiden sich weniger nach ethnischer Herkunft und sozialer Lage als nach ihren Wertvorstellungen, Lebensstilen und ästhetischen Vorlieben. Dabei finden sich gemeinsame lebensweltliche Muster bei Migranten aus unterschied-

lichen Herkunftskulturen. Mit anderen Worten: Menschen des gleichen Milieus mit unterschiedlichem Migrationshintergrund verbindet mehr miteinander als mit dem Rest ihrer Landsleute aus anderen Milieus.

- **Man kann also nicht von der Herkunftskultur auf das Milieu schließen.** Und man kann auch nicht vom Milieu auf die Herkunftskultur schließen. Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, Religion und Zuwanderungsgeschichte beeinflussen die Alltagskultur, sind letzten Endes aber nicht milieuprägend und identitätsstiftend. Der Einfluss religiöser Traditionen wird oft überschätzt.
- Die meisten Migranten-Milieus sind - jeweils auf ihre Weise - um Integration bemüht und verstehen sich als Angehörige der „multikulturellen“ deutschen Gesellschaft. Bei drei der acht Milieus gibt es starke Assimilationstendenzen (Statusorientiertes Milieu, Adaptives Integrationsmilieu, Multikulturelles Performermilieu). Bei drei anderen Milieus finden sich zum Teil Haltungen einer - aktiven oder passiven - Integrationsverweigerung (Religiös-verwurzeltes Milieu, Entwurzeltes Milieu, Hedonistisch-subkulturnelles Milieu).
- Die große Mehrheit der befragten Migranten will sich in die Aufnahmegergesellschaft einfügen - ohne ihre kulturellen Wurzeln zu vergessen. Viele, vor allem jüngere Befragte der zweiten und dritten Generation, haben ein bi-kulturelles Selbstbewusstsein und sehen Migrationshintergrund und Mehrsprachigkeit als Bereicherung - für sich selbst und für die Gesellschaft.
- Der Integrationsgrad ist insbesondere bildungs- und herkunftsabhängig: Je höher das Bildungsniveau und je urbaner die Herkunftsregion, desto leichter und besser gelingt eine Integration in die Aufnahmegergesellschaft.
- Häufig beklagt werden - quer durch die Migranten-Milieus - mangelnde Integrationsbereitschaft der Mehrheitsgesellschaft und geringes Interesse an den neuen Mitbürgern.

Weiterführende Details und Ergebnisse finden Sie unter [www.sinus-sociovision.de](http://www.sinus-sociovision.de)

## Geschlechterrollen in den Migranten-Milieus

Im Kontext des Integrationsgipfelprozesses spielen Lebenslagen von Migrantinnen und Migranten und ihre Integration in die Gesellschaft eine zentrale Rolle.

Daher hat das BMFSFJ die Ermittlung und Darstellung der in den Milieus bestehenden Geschlechterrollenbilder zusätzlich gefördert.

## Rollenbilder in Migrantenmilieus

Deutlich wird, dass in dem überwiegenden Teil der Migranten-Milieus traditionelle Rollenbilder vorherrschen. Die Milieus, in denen Gleichberechtigung als gesellschaftlicher Wert Fuß gefasst hat, decken sich teilweise mit den vergleichbaren Milieus der deutschen Gesellschaft. Das heißt, es handelt sich hier um gut ausgebildete Migrantinnen und Migranten.

- **Sinus A3 (Religiös-verwurzeltes Milieu):** Archaisches, bäuerlich geprägtes Milieu, verhaftet in den sozialen und religiösen Traditionen der Herkunftsregion. Traditionell patriarchalische Rollen- und Aufgabenteilung mit „Außenminister“ und „Innenministerin“; ungebrochene Identifikation mit den klassischen Geschlechtsrollenstereotypen.

### *Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann*

- ist der Ernährer und Beschützer seiner Familie
- führt seine Familie, vertritt sie nach außen und kümmert sich um ihren guten Ruf
- ist geradlinig, aufrichtig, tapfer und ehrenvoll
- arbeitet „bis zum Umfallen“ für seine Familie
- erfüllt seine religiösen Pflichten und vermittelt seinen Kindern die richtigen Werte

### *Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau*

- verrichtet zuverlässig alle häuslichen Tätigkeiten
- ordnet sich unter und ist immer für ihren Mann und vor allem für ihre Kinder da
- ist bescheiden, fleißig, treu und pflichtbewusst
- ist mütterlich, warmherzig und respektvoll
- achtet auf die Einhaltung der moralischen und religiösen Gebote in der Familie

### **• Sinus A23 (Traditionelles Gastarbeitermilieu)**

Traditionelles Blue Collar-Milieu der Arbeitsmigranten, das den Traum einer Rückkehr in die Heimat aufgegeben hat.

Traditionelle Vorstellungen von der männlichen und weiblichen Rolle: Eine Frau findet ihre Erfüllung in erster Linie in der Familie und sucht im Mann jemanden, den sie respektieren kann.

### *Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann*

- ist der Ernährer der Familie - die Frau darf dazuverdienen
- muss hart arbeiten, zielstrebig sein und für seine Familie sorgen können

- ist zuständig für „äußere“ Angelegenheiten der Familie sowie fürs Technische und Handwerkliche
- ist dominant und gibt den Ton an - wenn er seine Familie beschützt, darf er auch mal grob sein
- darf gelegentlich über die Stränge hauen, wenn er seiner Familie gegenüber ehrlich und solidarisch ist

#### *Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau*

- kümmert sich um den Haushalt und die Kinder
- ist menschlich, klug, intuitiv und flexibel - und deshalb zuständig für die innere Harmonie in der Familie
- ist sauber, fleißig, ordentlich, gut organisiert und verantwortungsbewusst
- ist geduldig, hilfsbereit, aufopfernd, verständnisvoll, gibt Liebe und Geborgenheit
- darf ihren Mann zu gelegentlichen Hilfstätigkeiten im Haushalt verpflichten

- **Sinus B2 (Statusorientiertes Milieu)**

Klassisch aufstiegsorientiertes Milieu, das - aus kleinen Verhältnissen kommend - für sich und seine Kinder etwas Besseres erreichen will.

Traditionell geprägte Rollenbilder von Mann (Beschützer, Entscheider) und Frau (Hausfrau und Mutter), die aber von den Frauen der 2. Generation zunehmend modifiziert werden.

#### *Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann*

- sorgt für das Auskommen seiner Familie und repräsentiert sie nach außen
- muss sich „draußen“ bewähren, sich durchsetzen, erfolgreich sein
- trifft die Entscheidungen und sagt, wo's lang geht
- ist körperlich stark, nicht wehleidig - oft aber auch grob und aggressiv
- interessiert sich für Autos, Technik und Fußball

#### *Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau*

- organisiert perfekt Haushalt, Familie und Kinder
- ist verantwortungsbewusst, fleißig, geduldig und erfängerisch
- pflegt sich, macht sich schön und weiß „die Waffen der Frau“ wirkungsvoll einzusetzen
- ist gefühlvoll, sensibel, zärtlich - oft aber auch kompliziert, empfindlich und eifersüchtig
- steht heute „ihren Mann“, hat einen guten Job und verdient Geld

- **Sinus B3 (Entwurzeltes Flüchtlingsmilieu)**

Sozial und kulturell entwurzeltes (traumatisiertes) Flüchtlingsmilieu - stark materialistisch geprägt.  
Überforderung durch den fortgeschrittenen Rollen-

wandel in Deutschland, Verteidigung der alten Rolle nkisches: Der Mann ist Herr im Haus, die Frau hat sich unterzuordnen (und tut das in aller Regel auch).

#### *Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann*

- arbeitet und bringt Geld nach Hause
- ist ein harter Bursche, stark und unverwüstlich, kein Stubenhocker
- ist ein Vorbild für die Kinder und sorgt zu Hause für Ordnung und Disziplin
- ist das Oberhaupt der Familie, repräsentiert sie nach außen und verschafft ihr Respekt
- verbringt viel Zeit in Männerrunden, trinkt Bier und interessiert sich für Autos und Fußball

#### *Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau*

- hält Haus, Familie und Kinder zusammen
- ist Ehefrau, Mutter, Geliebte, Geldanlage
- ist ordentlich, sauber, ausdauernd, fürsorglich und gut organisiert
- ist treu, ordnet sich unter und stellt das Essen auf den Tisch, wenn der Mann nach Hause kommt
- interessiert sich für Schönheit, Mode, Klatsch und Tratsch

- **Sinus B12 (Intellektuell- kosmopolitisches Milieu)**

Aufgeklärtes, nach Selbstverwirklichung strebendes Bildungsmilieu mit einer weltoffen-toleranten Grundhaltung und vielfältigen intellektuellen Interessen. Emanzipation, Gleichstellung und Rollenflexibilität als Norm, aber Männer und Frauen sind unterschiedlich geprägt; viel Unsicherheit und „Beziehungsarbeit“.

#### *Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann*

- hat eine starke Persönlichkeit, weiß was er will, ist ehrlich, sachlich und klar
- ist stark und sportlich, kein Waschlappen, gibt seiner Frau ein Gefühl von Geborgenheit
- ist offen, sensibel, vielseitig und tolerant, intelligent, redegewandt und belesen
- teilt sich mit seiner Partnerin gerecht die Haus- und Erziehungsarbeit
- ist aber auch egoistisch, stur, laut, grob und aggressiv

#### *Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau*

- ist sozial anpassungsfähig, vermittelnd und kommunikativ
- ist gut organisiert, schafft es Kinder und Karriere zu vereinbaren
- ist phantasievoll, fein, kreativ sowie liebevoll, zärtlich und mütterlich
- hat ein weiches Herz, ist harmoniebedürftig, impulsiv, verletzlich, zerbrechlich

- ist aber auch kompliziert, empfindlich, entscheidungsschwach, anstrengend und unberechenbar

- Sinus B23 (Adaptives Integrationsmilieu)

Die pragmatische moderne Mitte der Migrantenpopulation, die nach sozialer Integration und einem harmonischen Leben in gesicherten Verhältnissen strebt. Meist durch die Erziehung im Herkunftsland traditionell geprägte Rollenbilder, die mit den im Zuzugsland übernommenen Einstellungen und Normen konfigurieren.

**Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann**

- sorgt für die materielle Grundlage, ist Beschützer der Familie und trifft Entscheidungen
- ist verantwortlich und pflichtbewusst, handelt planvoll und vorausschauend
- ist ein guter Vater und ein Partner, mit dem man alles besprechen kann
- ist körperlich stark und handwerklich geschickt, kann aber auch kochen, waschen und bügeln
- kann nicht mehrere Dinge gleichzeitig tun, kann nicht über seine Gefühle sprechen

**Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau**

- hält die Familie zusammen, kümmert sich um die Kinder und stärkt ihrem Mann den Rücken
- ist zuständig für die Schönheit, sorgt für ein nettes Zuhause und häusliche Gemütlichkeit
- ist freundlich, liebevoll, zärtlich und für alle emotionalen Angelegenheiten zuständig
- ist selbstbewusst und emanzipiert, hat eine eigene Meinung und versteckt sich nicht hinter ihrem Mann
- lässt sich von ihren Gefühlen hinreißen, ist launisch und interessiert sich nur für Mode, Make-up und Shoppen

- Sinus BC2 (Multikulturelles Performermilieu)

Junges, flexibles und leistungsorientiertes Milieu mit bzw. multikulturellem Selbstbewusstsein, das nach Autonomie, beruflichem Erfolg und intensivem Leben strebt. Trotz Ablehnung einer Typisierung auf der Einstellungsebene („das kann man nicht verallgemeinern“) dominieren - von der Herkunftskultur geprägte - traditionelle und moderne Rollenstereotypen.

**Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann**

- ist ein fürsorglicher Partner, ein Freund fürs Leben, mit dem man über alles sprechen kann
- ist zupackend, zielstrebig, risikobereit und durchsetzungskraftig

- hat breite Schultern zum Anlehnen, strahlt Sicherheit, Stärke und Ruhe aus
- ist leichtfertig, besserwisserisch und eitel, und er kann keine Gefühle zeigen
- ist für Freiheit und Gleichberechtigung, für Offenheit und Toleranz

**Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau**

- ist sozial, verständnisvoll, liebevoll und unterstützend, ist ein Familienmensch
- ist Angehörige des psychisch stärkeren Geschlechts, kann Multitasking, verfügt über Intuition und Kreativität
- ist gefühlvoll, romantisch, sinnlich und fröhlich, strahlt Sanftheit und Wärme aus
- achtet auf ihr Äußeres, zieht sich gern chic an, ist entscheidungsschwach und redet zuviel
- ist gesellschaftlich immer noch benachteiligt, muss mehr leisten und hat es schwerer als ein Mann

- Sinus BC3 (Hedonistisch- subkulturelles Milieu)

Die unangepasste zweite Generation mit defizitärer Identität und Perspektive, die Spaß haben will und sich den Erwartungen der Mehrheitsgesellschaft verweigert. Starke Rollenkonflikte: Stilisierung überkommener Geschlechtersymbolik im Widerstreit mit Freiheits- und Entpflichtungssehnsüchten; konfligierende Rollenzuschreibungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern.

**Rollenbild männlich: Ein richtiger Mann**

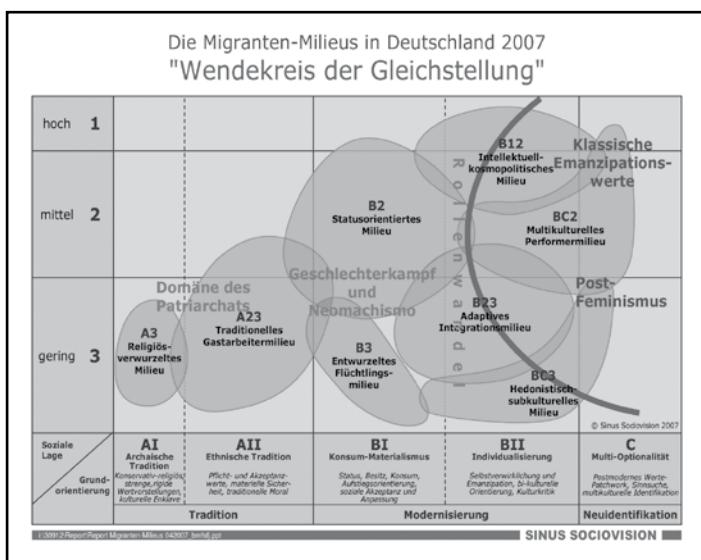
- ist stark, hart, selbstbewusst, ohne Komplexe und genießt Respekt
- ist Versorger und Beschützer der Familie, verdient das Geld und gibt seiner Frau Sicherheit und Geborgenheit
- ist zielstrebig, erfolgreich, risikobereit und mutig
- ist faul, aggressiv, gewalttätig und untreu
- ist naiv, kindisch, hilfsbedürftig, abhängig von Anerkennung, braucht eine „Mama“
- ist ein fairer Partner, ein guter Vater, ist offen und ehrlich, liebesfähig und verständnisvoll

**Rollenbild weiblich: Eine richtige Frau**

- ist weich, sensibel, gefühl- und verständnisvoll, gibt Wärme, Liebe und Geborgenheit
- ist Hausfrau und Mutter, kümmert sich um die Kinder, ist fleißig, sozial kompetent und kommunikativ
- ist berufstätig, selbstständig und selbst-bewusst, kann gut organisieren und mehrere Dinge auf einmal tun
- ist schutzbedürftig, hektisch und leicht beeinflussbar, ist eifersüchtig und nervend

- kleidet und verhält sich weiblich, ist sexy, hat eine schöne Stimme und lange Haare
- ist emanzipiert, wehrt sich gegen patriarchalische Zumutungen.

SINUS Sociovision hat einen sog. „Wendekreis der Gleichstellung“ herausgearbeitet, der die Grenze der Geschlechter-Gleichstellungsakzeptanz zwischen den Milieus darstellt. Gleicht man die hier identifizierten Milieus ab mit der Darstellung der Herkunftsethnien, so wird erkennbar, dass vor allem die 2. Generation der Migrantinnen und Migranten aus der Türkei, Ex-Jugoslawien und aus südeuropäischen Ländern Gleichstellung für sich adaptiert haben.



# Neuerscheinung

*W. Machleidt, R. Salman & I.T. Callies (Hrsg.)*

## Sonnenberger Leitlinien

Integration von Migranten  
in Psychiatrie und Psychotherapie

### Nachschlagewerk und Praxisbegleiter

Die „Sonnenberger Leitlinien“ dienen als Orientierung und Strukturierung bei der Entwicklung einer von offenen Institutionen geprägten mehrkulturellen und Migranten integrierenden Behandlungskultur in Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Autoren dieses Buches haben Perspektiven entworfen und Handlungsschritte aufgezeigt, wie die Versorgung von Migranten verbessert werden kann. Sie geben auch Einblicke in die Zusammenhänge von Kultur, Religion, Sprache und psychische Gesundheit.

Es geht im Einzelnen um die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung durch Sensitivität und - Kompetenz, die Bildung multikultureller Behandlerteams, den Einsatz von Dolmetschern und Kulturmediatoren und die Kooperation mit den Migrantengruppen. Darüber hinaus werden Ansätze der Transkulturellen Psychiatrie im Bereich der Fort- und Weiterbildung, der Sicherung von Qualitätsstandards, der Begutachtung von Migranten sowie Forschungsinitiativen vorgestellt.

304 Seiten • 32,- € • ISBN 978-3-86135-293-8  
Bei Bestellungen gegen Rechnung wird eine zusätzliche Bearbeitungsgebühr von 3,- € erhoben.

Im Buchhandel oder über  
das Ethno-Medizinische Zentrum e.V.

Ethno-Medizinische Zentrum e.V.

Königstr. 6  
30175 Hannover

Tel.: 0511 / 1684 10 20

Fax: 0511 / 4572 15

Mail: ethno@onlinehome.de

Net: www.ethno-medizinisches-zentrum.de



Information

## Arbeitskreis Psychosomatische Rehabilitation gegründet

*Psychosomatische Rehabilitationskliniken mit türkischsprachigen Therapieangebot vernetzen sich*

„Integration durch ambulante Behandlung“ lautete das Motto des Symposiums, das am 23.02.2008 in der Klinik Bamberger Hof zusammen mit der DTGPP stattfand. Die zentrale Lage von Frankfurt und die Themen der Veranstaltung waren ein idealer Rahmen, den schon lange geplanten „Arbeitskreis Psychosomatische Rehabilitation türkischer Migranten – ART“ zu gründen. Die Chefärzte und Mitarbeiter von sechs Kliniken aus dem ganzen Bundesgebiet sahen ebenso wie Dr. Koch, 1. Vorsitzender der DTGPP in seiner Begrüßung die Wichtigkeit einer Vernetzung der verschiedenen Institutionen mit einem transkulturellen Behandlungsangebot. Schon im ersten Erfahrungsaustausch zwischen den Kliniken fanden sich vielfältige Ideen für künftige Treffen und gemeinsame Projekte. Der Arbeitskreis „ART“ fungiert unter dem Dach der DTGPP. Geplant ist, das nächste Arbeitskreistreffen in der zweiten Jahreshälfte in ähnlicher Weise wie in Frankfurt mit einer Weiterbildungsveranstaltung zu koppeln.

Mitarbeiter anderer psychosomatischer Rehabilitationskliniken sind als Teilnehmer im Arbeitskreis herzlich willkommen.

### Kontaktadresse

Dr. med. Matthias Münch, M.A.

Sprecher des Arbeitskreises

Sonnenwendstraße 86  
67098 Bad Dürkheim

Tel.: 0 63 22 / 794 - 3 20

Fax.: 0 63 22 / 794 - 2 74

Mail: rhein-haardt-klinik@rhm-kliniken.de

Cornelia Spohn (Hrsg.)

# zweiheimisch

*Bikulturell leben in Deutschland*

## Buch Vorstellung

»zweiheimisch« fühlen sich Menschen, die mit zwei Kulturen leben. Als Kinder eingewanderter Familien oder binationaler Eltern sind sie in Deutschland aufgewachsen. Zwölf Porträts zeigen, wie sie ihre Lebensentwürfe zwischen familiären Traditionen und gesellschaftlichen Vorurteilen gestalten.

»zweiheimisch« stellt junge Erwachsene vor, die gelernt haben, sich zwischen den Kulturen zu bewegen und diese Erfahrung als Bereicherung zu begreifen. Sie sind in die deutsche Mehrheitsgesellschaft integriert, vergessen darüber aber nicht ihre Wurzeln und nutzen die Chance, die in der genauen Kenntnis einer anderen Kultur liegt.

Wie Oliver Sanchez, dessen Mutter zu DDR-Zeiten gegen politische Widerstände einen Kubaner heiratete und der sich selbst als »Weltmensch« begreift. Wie Nazli Mahjoubi, deren Eltern aus dem Iran flüchteten und die selbstbewusst sagen kann: »Ost und West: Ich bin eben beides.« Oder wie Steven Vo, der vietnamesische Wurzeln hat und Fußball für die deutsche Jugendnationalmannschaft spielt.

Drei Journalisten haben diese Geschichten aufgeschrieben. »zweiheimisch« zu sein charakterisiert auch ihren Lebensweg: Vito Avantarios Eltern kamen aus Italien, Ferdos Forudastans Vater stammt aus Iran und Mely Kiyak ist Tochter kurdischer Einwanderer.

**Die Herausgeberin:** Cornelia Spohn ist Bundesgeschäftsführerin des Verbandes binationaler Familien und Partnerschaften, iaf e.V. Zudem ist sie Lehrbeauftragte der GH/Universität Kassel und konzipiert Seminare zur interkulturellen Kompetenz und Kommunikation im sozialen Arbeitsfeld.

Cornelia Spohn (Hrsg.)

*zweiheimisch Bikulturell leben in Deutschland*

200 Seiten, 36 s/w-Abb., 14,- € (D)

mit einem Essay von Tarek Badawia

ISBN 13: 978-3-89684-063-9

ISBN 10: 3-89684-063-0



## Traumatisierung bei Flüchtlingen

# Antrag abgelehnt

Jeder dritte Asylsuchende in Deutschland ist traumatisiert. Häufig fällt es den Betroffenen schwer, über ihre Erfahrungen zu sprechen, Asylanträge werden oft ohne weiteres Nachfragen abgelehnt.

Fatime G. wurde mit 16 Jahren in ihrem Herkunftsland verhaftet. Ihr Bruder hatte sich politisch betätigt und wurde von der Polizei gesucht. Auf der Polizeistation wurde Fatime gefoltert und mehrfach brutal vergewaltigt. Nach ihrer Freilassung litt sie an einer schweren Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Sie zog sich zurück, blieb aber in ihrem Heimatland. Zwölf Jahre später drohte eine erneute Verhaftung. Fatime geriet in Panik, floh nach Deutschland und stellte einen Asylantrag. Bei der Anhörung erwähnte sie ihre Gewalterfahrung nur andeutungsweise. Daraufhin wurde ihr Antrag abgelehnt.

### Nur in wenigen Fällen erkannt

Ihre Geschichte ist kein Einzelfall. Traumatisierungen werden im Asylverfahren oft nicht angesprochen und nur in wenigen Fällen erkannt. Mindestens jeder dritte Asylsuchende in Deutschland ist einer Studie\* zufolge traumatisiert. Bis Mitte der 90er-Jahre wurden Asylgesuche in einem weit höheren Maß anerkannt. So war es für die traumatisierten Flüchtlinge häufig gar nicht notwendig, dass ihre Erkrankung thematisiert wurde. Nach einer Verschärfung des Asylrechts werden nun die meisten Asylanträge traumatisierter Flüchtlinge abgelehnt.

So auch der von Fatime G. Wenige Wochen nach der Ablehnung ihres Antrags wurde sie erstmals in eine psychiatrische Klinik aufgenommen und dort fünf

Monate lang behandelt. Während eines Wochenendurlaubs vier Monate später unternahm sie einen Suizidversuch, dem drei weitere folgten. Mehr als ein Jahr lang wurde sie stationär psychiatrisch behandelt. Ihre Klage gegen die Ablehnung ihres Asylantrags war vergeblich. Fatime G. konnte nicht über ihre Traumatisierung sprechen. Erst vor wenigen Monaten öffnete sie sich einer Psychotherapeutin. Seither scheint sich ihr Zustand zu stabilisieren.

Häufig können traumatisierte Menschen über das Erlittene nur bruchstückhaft berichten. Ihr Gedächtnis ist gestört, sie schämen sich und haben Angst vor einer Zunahme ihrer Symptomatik, wenn sie die Schrecken ihrer Folter ansprechen. Traumatisierte Flüchtlinge benötigen daher einen geschützten Raum und fachkundige Hilfe, um sich im Asylverfahren zu öffnen. Die juristische Denk- und Vorgehensweise der Mitarbeiter des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) bei den Anhörungen äußert sich im Wesentlichen in einer Abfrage von Fakten. Das liefert bei Traumatisierten nicht nur wenig brauchbare Informationen, es belastet sie als „Verhörsituation“ auch zu sehr und führt oft zu Verschlechterungen des Krankheitsbildes. Notwendig zur Klärung des Erlebten und dessen Folgen wäre eine heilberufliche Herangehensweise, die sich vom juristischen Vorgehen grundlegend unterscheidet. Dies könnte helfen, die oft traumatisch abgekapselten und verborgenen Asylgründe effektiver zu eruieren und von Vortäuschungen zu unterscheiden. Daneben würde sie mögliche Hinweise auf Abschiebehindernisse rechtzeitig aufdecken. Die gebotene Sachaufklärung kann so verbessert werden.

Vorschläge, heilberuflich geschulte Personen in das Asylverfahren einzubeziehen, lehnte das BAMF ab.

Artikel  
**Dr. Hans Wolfgang Gierlichs**  
Deutsches Ärzteblatt  
Jg. 104 / Heft 24 / 15. Juni 2007

„Eine Traumatisierung führt weder zur Asylgewährung noch zur Anerkennung als Konventionsflüchtling. Sowohl die Gewährung von Asyl als auch die Flüchtlingsanerkennung erfordern, dass im Heimatland des Ausländer aus einem der in der Genfer Flüchtlingskonvention genannten Verfolgungsgründe in eines der asylrechtlich geschützten Rechtsgüter eingegriffen wird“, antwortete die Bundesregierung auf eine kleine Anfrage im November 2006.

### Selten wird nachgefragt

Das Asylverfahren schreibt weiterhin vor, dass Flüchtlinge ihr Verfolgungsschicksal kurz nach ihrer Ankunft in einer Anhörung detailliert und lückenlos mitteilen. Wenn sie nach Worten suchen oder schweigen, wird selten nachgefragt. Wenn sie Beschwerden mitteilen, die auf eine Traumastörung hinweisen, wird ein Sachverständigengutachten nur angefordert, wenn sich „nach dem vorliegenden Sachvortrag eine weitere Sachaufklärung ‚aufdrängt‘ und das Sachverständigengutachten das geeignete Mittel der Aufklärung ist“, so die Bundesregierung. In der Praxis geschieht dies aber äußerst selten.

In den Fällen, in denen Asylsuchende bereits Atteste mitbringen, beurteilt das Bundesamt sie „auf ihre Substanz und Plausibilität“, sehr häufig mit negativem Ergebnis.

In einer Anhörung des Petitionsausschusses des niedersächsischen Landtags teilte das Bundesamt mit, es überprüfe medizinische Atteste und Gutachten auf Plausi-

bilität, und zwar sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Prognose. Dies geschehe auch dann, wenn ein Arzt Diagnose und Prognose eindeutig gestellt habe. Über die medizinische Frage, ob der Asylbewerber krank sei, entscheide zwar der Arzt aufgrund seiner Fachkompetenz. Das Amt prüfe aber die rechtliche Frage, ob die Diagnose nachvollziehbar dargelegt sei. Wenn das Amt bereits bei der Frage, ob überhaupt eine Erkrankung vorliege, Darlegungsmängel feststelle, sehe es keine weitere medizinische Sachaufklärungspflicht. Dies gelte auch für amtsärztliche Atteste. Die Abgeordneten hielten dem Amt vor, es überschreite seine Kompetenzen. Und tatsächlich ist es so, dass Verwaltungsbeamte auf dem Weg der „Plausibilitätsprüfung“ medizinische Äußerungen fachlich beurteilen und ablehnen können, ohne dass bei Zweifeln erneut medizinischer Rat eingeholt wird. Als Grundlage seiner Beurteilungen hat das Amt Richtlinien zu Krankheitsbildern nach psychischen Traumatisierungen entwickelt, die sich vom wissenschaftlichen Mainstream erheblich unterscheiden.

In Fortbildungen für Richter und Behörden werden Traumastörungen als eher selten und rein medikamentös behandelbar dargestellt, Abschiebungen sind daher grundsätzlich unter Mitgabe entsprechender Medikamente möglich. Wenn traumatisierte Flüchtlinge gegen negative Bescheide oder Abschiebeandrohungen klagten, sahen Verwaltungsrichter oft keinen Grund, medizinische Sachverständige einzubeziehen. Sie gingen davon aus, selbst ausreichende Kenntnisse und Lebenserfahrung zu besitzen, um einschätzen zu können, wie krank die Kläger seien und welche Folgen ihre Krankheiten hätten. Vorgelegte ärztliche und psychologische Bescheinigungen wurden häufig als unzureichend abgelehnt, ohne dass zur weiteren Abklärung Gutachter eingeschaltet wurden.

### Fortbildungen

#### Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge

Der 107. Deutsche Ärztetag beauftragte 2004 den Vorstand der Bundesärztekammer, „Empfehlungen zur Erstellung von Gutachten oder Stellungnahmen zur (gesundheitlichen) Rückführungsfähigkeit von Ausländern, die zur Ausreise verpflichtet sind, zu erarbeiten“. Anfang Januar 2005 veröffentlichte die Bundesärztekammer ein gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe entwickeltes Fortbildungscriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“.

Inzwischen werden entsprechende Fortbildungsveranstaltungen, zum Teil in Kooperation mit den Landeskammern der Psychologischen Psychotherapeuten und den Innenbehörden, in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Bayern, Baden-Württemberg, Berlin und Brandenburg angeboten, die auf eine lebhafte Resonanz treffen. Die entsprechenden Termine findet man im Internet unter [www.sbpmed.de](http://www.sbpmed.de).

#### Häufig fehlt die entsprechende Sachkunde

Diese Praxis wurde nun höchstrichterlich bemängelt. Das Bundesverwaltungsgericht stellte mit Beschluss vom 24. Mai 2006 (BVerwG 1 B 118.05) grundsätzliche Anforderungen an die Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse, die den Forderungen der medizinischen Fachwelt und der

Flüchtlingsverbände nach einem besonders qualifizierten und sorgsamen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen entsprechen. Es entschied, dass „Fachfragen wie insbesondere die genaue Diagnose von Art und Schwere der Erkrankung sowie Therapiemöglichkeiten einschließlich der Einschätzung des Krankheitsverlaufs beziehungsweise der gesundheitlichen Folgen je nach Behandlung“ nicht ohne ein „wissenschaftlichen Mindeststandards entsprechendes Sachverständigengutachten“ entschieden werden dürften. Auch Richtern und Richterinnen fehle eine entsprechende Sachkunde, um „selbst und in Abweichung von den vorgelegten ärztlichen und fachärztlichen Bescheinigungen“ etwa eine Suizidgefahr im „Abschiebezielstaat“ beurteilen zu können. Es stellte in einem anderen

Beschluss vom 28. März 2006 klar, dass es ausreiche, wenn aufgrund eines vorgelegten Attests eine gewisse Wahrscheinlichkeit für die Erkrankung spreche. Es sei dann notwendig, eine vorgetragene Erkrankung weiter mithilfe eines Gutachtens abzuklären.

Das Bundesamt lehnte es in der Antwort auf die kleine Anfrage ab, diese Beschlüsse auf sein Handeln zu übertragen. Traumatisierte Flüchtlinge werden daher auf absehbare Zeit im Asylverfahren kaum eine Chance bekommen, sich in einem geschützten Rahmen ihren Verletzungen anzunähern und diese mitzuteilen. Ärztliche und psychologische Atteste werden weiterhin einem oft willkürlich anmutenden behördlichen Entscheidungsprozess unterliegen.



Presse

Quelle: AZ Nr. 247 vom 26.10.2005

## Wenn die neue Heimat depressiv macht

### Zwischen Isolation und Kontrolle: Migrantinnen erkranken häufig an Depressionen

(AZ/kru). Frauen mit Migrationshintergrund erkranken häufiger an Depressionen als Frauen, die in ihrer Heimat leben. Zwar ist Migration nicht zwangsläufig ein Grund, depressiv zu werden, aber sie bringt doch Belastungen mit sich, die nicht jede Frau verkraften kann. Das ist das Ergebnis einer Informationsveranstaltung mit der Psychotherapeutin Anisa Saed-Yonan.

Saed-Yonan ist Assyrerin, hat eine eigene Praxis in Berlin und arbeitet zusätzlich bei einer Lebensberatungsstelle. Jede fünfte Frau, die zu ihr kommt leide unter Depressionen, berichtete sie und legte die Gründe für die teils unerträgliche Belastung dar: Die Auseinandersetzung mit der neuen Kultur, neuen Werten und mit der „alten Kultur“ sowie die Suche nach einer neuen Balance seien ein schwieriger Vorgang. Dazu komme, dass Frauen - im Gegensatz zu arbeitenden Männern - oft wenig Kontakte nach außen haben und sehr isoliert und einsam sind.

Wenn Kontakte da seien, dann meist in Form von „Ghettobildung“. Das gebe zwar Schutz, bringe aber auch starke soziale Kontrolle und Druck. Die Tradition werde gefestigt. Zum Problem kann dies laut Saed-Yonan werden, wenn die nächste Generation anders leben und ausbrechen will: Vor allem Frauen

gerieten dann zwischen die Fronten. Zusätzlich litten viele Migrantinnen an Heimweh, idealisierten die alte Heimat und lehnten die neue ab.

Die Therapeutin weiß: Frauen reagieren - unter anderem wegen ihrer Erziehung - auf solche Belastungen anders als Männer. Sie schlucken Jahre- oder gar Jahrzehntelang ihre negativen Gefühle, um zu funktionieren und nehmen meist erst spät Hilfe von außen in Anspruch. Anisa Saed-Yonan betont aber, wie wichtig es sei, möglichst früh professionelle Hilfe zu suchen und appellierte an die Frauen, sich nicht zu scheuen, ihre Probleme ernst zu nehmen und zu einer Beratungsstelle zu gehen.

### Angebote in Planung

Die Frauengruppe des Mesopotamien Vereins, die den Infotag zusammen mit dem Netzwerk Frauengesundheit veranstaltete, hat sich nun ein Ziel gesetzt: Angebote zu Therapie und Selbsthilfegruppen für Migrantinnen in Augsburg sollen vernetzt werden.

**Info:** In Augsburg gibt es Selbsthilfegruppen für Menschen mit Depressionen. Auskunft bei der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Telefon: 08 21 / 324 - 20 16



**Information**  
Dr. Friedhelm Röder,  
Bad Hersfeld

## Besuch an der Klinik ■ ■ ■

### ■ für Psychiatrie der Kocaeli-Universität in Izmit

20.3.2008

■ Im Zusammenhang mit der Vorstandssitzung über Ostern 2008 besuchte ich vorher Herrn Prof. Yildiz, den Chefarzt der Klinik für Psychiatrie der Kocaeli-Universität in Izmit. Mein Anliegen war es, ihn und seine Situation näher kennenzulernen, damit wir uns über aktuelle und mittelfristige, wechselseitige Unterstützungsmöglichkeiten verständigen könnten. Wie im Bericht vom Dezember 2007 dargelegt, hatten wir uns auf dem VI. Kongress im September auf eine Zusammenarbeit geeinigt, wobei die Inhalte noch ungewiß waren.

Anlässlich des ersten Treffens nach dem Kongress hatte er mich gebeten, im Rahmen eines anderthalbstündigen Seminars über die Aufgaben und Arbeitsweisen einer Tagesklinik im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung Schizophrener zu sprechen. An diesem Seminar nahmen 35 Mitarbeiter seiner Klinik und anderer medizinischer Abteilungen teil. Das Seminar fand auf Englisch mit Übersetzung ins Englische statt. Nach einer allgemeinen Einführung in die Thematik entwickelte sich ein lebhaftes Nachfragen über verschiedene Einzelheiten, so dass am Schluss alle Teilnehmer zufrieden wirkten. In einigen Kommentaren wurde mir die aktuelle Situation in der Türkei in ironischem Ton geschrieben.

Danach zeigte mir Prof. Yildiz flüchtig seine Klinik, denn seine und meine Zeit war begrenzt. Seine Klinik verfügt über 20 Betten. Die Einwohnerschaft von Izmit beträgt etwa 300.000 Personen, die der Provinz Kocaeli etwa 1 Million. Es werden alle psychiatrischen Erkrankungen behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt vier Wochen.

Prof. Yildiz berichtete mir dann vom aktuellen Stand der Bemühungen in der Türkei, die psychiatrische Versorgung zu reformieren.

Vor Ort sähe es folgendermaßen aus: Von März 2004 bis März 2007 existierte eine Tagesklinik seiner Klinik. Während das Universitätsklinikum einschließlich seiner Klinik am Rande und oberhalb der Stadt liegt, hätte die Tagesklinik mitten in der Stadt gelegen. In der Tagesklinik seien vor allem Schizophrene und Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Adoleszente behandelt worden. Die Tagesklinik hätte 20 Plätze gehabt. Das benötigte Personal sei von der übrigen Klinik abgezogen worden. Die Räumlichkeiten seien von der Kommunalverwaltung zur Verfügung gestellt worden. Beide Vorgehensweisen hätten sich als problematisch erwiesen. So sei die Personaldecke für Tagesklinik und bisherige Klinik zusammen zu dünn gewesen. Die Kommunalverwaltung habe nach drei Jahren die Räume gekündigt, weil sie anderweitig benötigt wurden. Die drei Jahre hätten aber allen gezeigt, dass man auf dem richtigen Weg sei. Deshalb solle im Laufe dieses Jahres ein neuer Anlauf genommen werden, in Zusammenarbeit mit der Kommunalverwaltung wieder eine Tagesklinik in Izmit zu eröffnen, wobei dieses Mal zusätzliches Personal eingestellt werden solle.

Auf nationaler Ebene gebe es um den Chefarzt der Nervenklinik Bakirköy Herrn Dr. Medaim Yanik, der eine Beraterfunktion beim Türkischen Gesundheitsministerium habe, einen Kreis von Psychiatern, der die ministerielle Unterstützung der Entwicklung der komplementären, psychiatrischen Einrichtungen gewinnen wolle. Wie schnell diese Bemühungen erfolgreich seien und welche inhaltliche Rang- und Schrittfolgen dabei entschieden würden, müsse abgewartet werden. Alle Beteiligten würden jedoch hoffen, dass noch in diesem Jahr maßgebliche Entscheidungen getroffen würden.

Ferner wies Prof. Yildiz noch auf ein weiteres, grund-

sätzliches Problem hin, das bedacht werden müsse, nämlich der Mangel in der Türkei an psychiatrischen Fachärzten, die bereit seien, in einer Klinik zu arbeiten. Denn in einer eigenen Praxis könnten sie mehr als in einer Klinik verdienen. An diesen ökonomischen Bedingungen werde sich wohl nicht so schnell etwas ändern, so dass die komplementären Institutionen, die nur auf eine Kooperation mit Ärzten, nicht aber auf ihre Leitung oder Hauptmitwirkung angewiesen sind, wohl vorrangig entwickelt werden dürften. Entsprechend entpuppte sich von allen von mir auf Verdacht mitgebrachten Unterlagen das umfassende Konzept der Bad Hersfelder Tagesstätte „Die Brücke“ zur Vorlage bei den Kostenträgern als das für ihn praktisch bedeutsamste Dokument.

Als weitere Strategie von Prof. Yildiz angesichts des Ärztemangels habe er sich für die Gründung einer Angehörigensebsthilfegruppe in seiner Region eingesetzt. Denn die Familien trügen bislang die Hauptlast der Versorgung chronisch Kranker alleine. Vergleichbares habe sich in letzter Zeit auch in Istanbul begonnen zu entwickeln.

Da das Spektrum an nichtärztlichen Mitarbeitern in der Türkei teilweise anders als in Deutschland gestaltet ist, werde es nach den hoffentlich bald erfolgenden, wegweisenden Entscheidungen dann darum gehen, wie die vorhandenen Mitarbeiter wie Krankenschwestern und Lehrer für die neuen Aufgaben trainiert werden und ob neue Berufsgruppen wie z. B. Ergotherapeuten geschaffen werden sollen.

**Fazit:** Die Beziehung zu Prof. Yildiz konnte verfebt werden und lässt für die Zukunft entweder auf rein persönlicher Ebene oder institutioneller Ebene positive Weiterentwicklungen erwarten.

# Buchvorstellung

*Jens Friebe (Hrsg.)*

Migrantinnen und Migranten

## in der Altenpflege

*Deutsches Institut für Erwachsenenbildung*

Das Deutsche Institut für Erwachsenenbildung (DIE) in Bonn hat zum Abschluss seines NRW-Projektes „Migrant/innen in der Altenpflege“ eine Handreichung für Bildung und Praxis in der Altenpflege vorgelegt. Folgende Punkte gliedern den Text:

1. Demografischer Wandel und Qualifikationsstrukturen der Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund in Altenpflegeeinrichtungen
2. Ressourcen und Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund
3. Qualifizierungen für Pflegende mit Migrationshintergrund
4. Konzepte für Personalgewinnung und Organisationsentwicklung

Die Broschüre bietet zahlreiche Schaubilder und Materialien, die interkulturelle Fortbildungsmaßnahmen unterstützen können.

**Bezug:**

[http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2006/friebe06\\_01.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2006/friebe06_01.pdf)

© 2006

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

### *Eine Sprache, ein Mensch, zwei Sprachen, zwei Menschen*

Günsel Koptagel-IIal & Ibrahim Özkan

### **Wörterbuch**

#### **Psychiatrie-Psychotherapie**

Deutsch-Türkisch/ Türkisch-Deutsch

Vandenhoeck & Ruprecht, 2008,

258 S., 39,90 €

# Für jeden Menschen, jeden Mitmenschens: ein Lächeln

Lachen ist die kürzeste Entfernung zwischen zwei Menschen  
(Victor Borge)

*Wenn wir im Leben wertvolle Dinge aufbauen und erhalten, kostet uns das viel Einsatz und Mühe. Die Natur hat uns eine besondere Eigenschaft geschenkt, mit der wir unsere zwischenmenschlichen Kontakte aufbauen und nähren können: Es handelt sich um eine Gabe, die uns nichts kostet, deren Wirkung jedoch unermesslich ist: das Lächeln.*

Ein Lächeln kostet nichts aber schafft viel

Es bereichert den Angelächelten,  
ohne dass der Lächelnde ärmer würde

Es dauert nur einen Augenblick,  
aber die Erinnerung daran stirbt manchmal nie

Niemand ist reich genug, darauf zu verzichten

Es kann weder geraubt noch verkauft werden

Denn es hat nur dann einen Wert, wenn es geschenkt wird

Ein Lächeln ist Mut für die Niedergeschlagenen

Ruhe für die Erschöpften

Es ist ein echtes Gegenmittel für alle Schmerzen

Und wenn das Lächeln verweigert wird,  
das ihr verdient,

Seid großzügig, gebt das eure

Denn keiner braucht ein Lächeln so sehr wie der,  
der es nicht geben kann.

*Ja! Die Wirkung eines Lächelns stirbt nie. Sogar Jahre später kann man seine Wirkung noch spüren. Ein alter Autor teilt uns seine Erfahrungen mit:*

Zehn Jahre ist es nun her,  
Dass eine Unbekannte mich angelächelt hat.  
Ich konnte es nicht verstehen,  
Es erschien mir einfach nur schön.

Julien Koku Kita (Togo)

„Afrikanische und europäische Mentalität im Vergleich“,

S. 107, LIT Verlag Münster, Hamburg,

London 2003. LIT Verlag Münster, Hamburg, London 2003



## Information

Prof. Ralf E. Ulrich

Quelle: *Newsletter Migration und Bevölkerung*

[www.migration-info.de](http://www.migration-info.de)

OECD-Länder:

# Beschäftigung von Zuwanderern im Gesundheitswesen steigt

In den letzten fünf Jahren ist der Anteil von zugewanderten Pflegepersonal und Ärzten in den OECD-Staaten erheblich gestiegen. Um das Jahr 2000 waren 11 % aller beschäftigten Pflegekräfte und 18 % aller beschäftigten Ärzte im Ausland geboren. Zu diesem Ergebnis kommt der jährlich erscheinende Bericht der OECD „International Migration Outlook“ (sog. SOPEMI-Bericht) in seiner diesjährigen Ausgabe.

Die Ursachen dieser Entwicklung sieht der OECD-Bericht in der Beschäftigungsausweitung im Gesundheitsbereich in den 1990er Jahren bei anhaltender Begrenzung der Absolventenzahlen, der Lockerung der Zuzugsmöglichkeiten für hochqualifizierte Arbeitskräfte, dem leichteren Zugang zu Informationen, geringeren Reisekosten sowie der Verschlechterung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in einigen Herkunftsländern. Sowohl der erreichte Anteil zugewanderten Arbeitskräfte im Gesundheitswesen als auch der Trend der letzten Jahre sind in den einzelnen OECD-Ländern sehr unterschiedlich. In Australien, Kanada, Großbritannien und der Schweiz ist mehr als jede vierte Arbeitskraft im Gesundheitswesen (ohne Pflegekräfte) im Ausland geboren. In Neuseeland hat dieser Anteil inzwischen 39 % erreicht, bei Ärzten sogar 47 %. In einer zweiten Gruppe von Ländern liegt der Anteil von zugewanderten Arbeitskräften im Gesundheitswesen zwischen 10 % und 25 %, dazu gehören Belgien, Österreich, die Niederlande, Norwegen, Frankreich, Portugal, Schweden und die USA, in denen 47 % aller in der OECD beschäftigten und im Ausland geborenen Ärzte arbeiten. In Deutschland waren im Jahr 2000 10 % der Pflegekräfte und 11 % der Ärzte im Ausland geboren. Geringere Anteile zugewanderter Arbeitskräfte hatten in der OECD nur Dänemark, Ungarn, Griechenland, Spanien, die Türkei, Finnland, Polen und Mexiko.

Mehr als ein Viertel der Arbeitsmigration in diesem Bereich findet zwischen OECD-Staaten statt. Deutschland beschäftigt beispielsweise zugewanderte Arbeits-

kräfte aus den neuen EU-Mitgliedstaaten. Zugleich wandern aber auch deutsche Ärzte und Pflegekräfte in die Schweiz, nach Großbritannien, Spanien, Portugal, Kanada und die USA ab. Die USA sind weltweit das einzige Land, das Arbeitskräfte in diesen Berufen nur empfängt, nicht aber an andere Länder abgibt.

Die überwiegende Mehrheit der zugewanderten Arbeitskräfte im Gesundheitswesen der OECD-Länder kommt aus Nicht-OECD-Staaten, v. a. aus Indien und den Philippinen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hatte in ihrem „World Health Report 2006“ dargestellt, dass es ein weltweites Defizit von Beschäftigten im Gesundheitswesen in Höhe von 4,3 Mio. Personen gibt. Die Abwanderung von Ärzten und Gesundheitspflegern aus Entwicklungsländern in die OECD wird in diesem Zusammenhang immer wieder auch als „Braindrain“ bezeichnet. Der OECD-Bericht zeigt aber auf, dass dies nur für einige Entwicklungsländer relevant ist. 55 % der in Tansania ausgebildeten Ärzte arbeiten im Ausland, für Sierra Leone sind es 58 % und für Jamaika und einige karibische Staaten mehr als 80 % der ausgebildeten Pflegekräfte. In anderen Herkunftsländern ist dieser Anteil deutlich geringer, so arbeiten nur 8 % der indischen oder pakistanischen Ärzte und 1 % der chinesischen Ärzte im Ausland. In fast 70 Ländern liegt der Anteil von Ärzten, die im Ausland arbeiten, unter 10 %. Der OECD-Bericht weist darauf hin, dass die Personalknappheit im Gesundheitswesen der meisten Entwicklungsländer nicht durch Abwanderung in OECD-Länder verursacht ist. Ungenügende Finanzierung und Ausbildung sind in den meisten Entwicklungsländern wichtigere Faktoren.

... Mit der Verfügbarkeit des Mikrozensus 2005 ... wird es bald möglich sein, die Beschäftigung von Zuwanderern im Gesundheitswesen Deutschlands ausführlicher zu untersuchen.

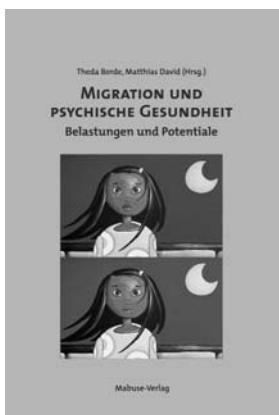
Prof. Ralf E. Ulrich, Direktor des Instituts für Bevölkerungs- und Gesundheitsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

# Buch Vorstellung

*Theda Borde, Matthias David (Hrsg.)*

## **Migration und psychische Gesundheit** Belastungen und Potentiale

234 S., 25,90 €  
ISBN 978-3-938304-44-0



Während die psychischen Zumutungen der Migration häufig diskutiert werden, finden die mit ihr verbundenen Chancen nur wenig Beachtung. Dasselbe gilt für die besonderen persönlichen Ressourcen, die aus einer Migrationserfahrung erwachsen können.

Die in diesem Band versammelten Beiträge bemühen sich um ein ausgewogenes Bild. Dabei thematisieren sie vor allem die Bedingungen und psychosomatischen Auswirkungen von Migration.

### Aus dem Inhalt:

In welchem Kontext stehen depressive Störungen bei Migranten? Welche psychische Risiken und Potentiale birgt die Migration für Kinder und Jugendliche? Was ist die so genannte »Heimwehkrankheit«?

**Mabuse-Verlag**  
Postfach 90 06 47  
60446 Frankfurt am Main  
Tel.: 0 69 / 70 79 96 16  
Fax: 0 69 / 70 41 52  
Mail: [buchversand@mabuse-verlag.de](mailto:buchversand@mabuse-verlag.de)  
Net: [www.mabuse-verlag.de](http://www.mabuse-verlag.de)

# Buch Vorstellung

*Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.)*

## **Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten**

Kommunaler Gesundheitsbericht

Der Bremer Gesundheitsbericht „Pflegegutachten bei Migrantinnen und Migranten“ wird von der Abteilung „Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene“ und vom Referat „Kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE)“ des Gesundheitsamts Bremen gemeinsam herausgegeben.

Das Gesundheitsamt ist in Bremen als Gutachter von Pflegebedürftigkeit bei Sozialhilfeempfängern (nach SGB XII, §§ 61 ff) tätig. Der vorliegende Bericht wertet erstmalig die Pflegegutachten des Gesundheitsamtes Bremen aus, die bei Migrantinnen und Migranten erstellt wurden. Damit wird das Ziel verfolgt, bei bundesweit defizitären Erkenntnissen zu diesem Thema wenigstens für den Bremer kommunalen Zuständigkeitsbereich die auswertbaren Informationen zur sozialen und gesundheitlichen Lebenssituation pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten zu nutzen.

### Kontakt:

Freie Hansestadt Bremen  
Gesundheitsamt  
Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene  
Eckhard Lotze  
Migration und Gesundheit  
Postfach 10 50 09  
28050 Bremen  
Tel.: 04 21 / 361 151 70  
Fax: 04 21 / 361 155 54  
Mail: [Eckhard.Lotze@Gesundheitssamt.Bremen.de](mailto:Eckhard.Lotze@Gesundheitssamt.Bremen.de)



## Sponsoren gesucht für: **Das Arzt-Patient-Gespräch** in Bildern

Der medizinische Ratgeber für nicht  
deutsch sprechende Patienten

In die urologische Sprechstunde kam ein türkischer Patient. Er nahm sein ganzes Deutsch zusammen und sagte: „Gurke nix groß.“ Der zweite türkische Patient kam mit seiner ca. 10-jährigen Tochter. Die Tochter übersetzte: „Papa hat Schmerzen im Schwanz. Pisse tut weh.“ Der Patient ergänzte „Magenschmerz“ und zeigte auf seinen Unterbauch.

Müssen sich Patienten in ärztliche Behandlung begeben, wird von ihnen zum Zweck eines „reibungslosen“ Sprechstundenablaufs in der heutigen 3-Minuten-Medizin erwartet, dass sie ihre Beschwerden schnell und präzise formulieren können. Dies ist in einer fremden Sprache jedoch oft nicht möglich, selbst wenn man die Sprache im Alltag einigermaßen beherrscht. Daraus erwachsen den Patienten mit Migrationshintergrund erhebliche Nachteile. Es folgen vermehrt Röntgen- und Laboruntersuchungen; korrekte Medikamenteneinnahmen, Behandlungs- und Verhaltensmaßregeln können nicht vermittelt werden, empfehlenswerte Untersuchungen oder gewünschte Vorsorgeuntersuchungen unterbleiben.

Jetzt haben fünf Ärzte aus den Fachrichtungen Allgemeinmedizin/Innere, Pädiatrie, Gynäkologie, Urologie und Orthopädie ein Buchkonzept entwickelt, welches die wichtigsten Angaben zu Anamnese und Symptomen, die häufigsten Untersuchungen und Therapieempfehlungen in Zeichnungen, Photos und Grafiken visualisiert. Die Patienten kaufen sich ihr eigenes Buch, in dem sie dann ihre Krankheitsgeschichte, Medikamentenliste usw. eintragen können und bringen es in die Praxis mit. Die Patienten können sich durch Antippen der thematisch geordneten Bilder in Sekundenschnelle mit dem Arzt verständigen. Verwirrung durch falsche Vokabeln, Zeitverlust (der von

kaum einem niedergelassenen Arzt toleriert werden kann) durch mehr oder minder frustrane Verständigungsversuche mit Händen und Füßen oder bemüht erheiternde, aber nicht zweckdienliche Grimassen erspart man sich. Das Buch versetzt alle Patienten in die Lage, ihre Beschwerden detailliert zu schildern und die Therapievorschläge endlich zu verstehen.

Zur Fertigstellung des Projektes, für die Übersetzung des (geringen) Textes benötigen die Autoren noch finanzielle Unterstützung. Um die dem deutschen Buchhandel oft ferner stehenden Patientengruppen zu erreichen, die den Weg in eine Medizinfachbuchhandlung eher nicht so leicht finden werden, sind des Weiteren aber noch aufwändige initiale Verbreitungs- und Vertriebsanstrengungen über die Möglichkeiten der bisher an dem Buch sehr interessierten Medizinfachverlage hinaus notwendig, die ebenfalls der weiteren Unterstützung bedürfen.

Die Autoren wenden sich hiermit an alle, die zur Fertigstellung beitragen können, und dieses Projekt, welches es so oder so ähnlich noch überhaupt nicht gibt, unterstützen möchten und können.

### Kontakt:

Dr. med. Christina Heiligensetzer  
Tel.: 0160/97 662 113  
Mail: [heiligensetzer@gmx.net](mailto:heiligensetzer@gmx.net)

# Buch Vorstellung

*Theda Borde/ Niels-Jens Albrecht (Hrsg.)*

## Innovative Konzepte für Integration und Partizipation

Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder

### *Aus dem Inhalt:*

#### **Bedarf an Sprach- und Kulturmöglichkeiten in verschiedenen Institutionen**

- Zur sprachlichen Verständigung in Krankenhäusern Berlins. Perspektiven der Leitung
- Sprach- und Kulturmöglichkeiten aus der Sicht des Personals eines Berliner Bezirksamtes
- Sprach- und Kulturmöglichkeiten in medizinischen und sozialen Einrichtungen aus der Sicht von MitarbeiterInnen
- Bilinguale Beratung im Jugendamt, Selbstverständlichkeit oder Luxus?

#### **Innovative Modelle und Erfahrungen zur Förderung von Kommunikation, Partizipation und Integration**

- Sprach- und Kulturmöglichkeiten - Beschäftigungsmöglichkeiten für Flüchtlinge und Asylbewerber
- Gemeindedolmetschdienst Berlin - Erfahrungen und Perspektiven
- Sprach- und Kulturmöglichkeiten in Belgien - Eine Antwort auf Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung?

#### **IKO - Verlag für Interkulturelle Kommunikation**

Postfach 900 421 • D-60444 Frankfurt am Main

Mail: [info@iko-verlag.de](mailto:info@iko-verlag.de)

Net: [www.iko-verlag.de](http://www.iko-verlag.de)

Interdisziplinäre Reihe  
Migration - Gesundheit - Kommunikation Band 3  
*Mitherausgeber:* Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin  
2007, 308 S.,  
21,90 €  
ISBN 978-3-88939-858-1

*Hessische Landeszentrale  
für gesundheitliche Bildung  
Helga Nagel, Mechtilde M. Jansen (Hrsg.)*

# Religion und Migration

## Buch Vorstellung

Religion und Migration sind zwei Themen, die in der öffentlichen Diskussion stark präsent sind und inzwischen auch in konzeptionelle Überlegungen der Innen-, Kultur und Bildungspolitik der Kommunen Eingang gefunden haben. Dem Thema „**Religion und Migration**“ waren drei Fachtagungen gewidmet, die das Amt für multikulturelle Angelegenheiten der Stadt Frankfurt am Main, die Hessische Landeszentrale für politische Bildung, die Evangelische Stadtakademie Frankfurt am Main sowie die Katholische Erwachsenenbildung - Bildungswerk Frankfurt in den Jahren 2002 bis 2005 durchgeführt haben.

Dabei haben die Veranstalterinnen den Versuch unternommen, sich dem Thema „**Religion und Migration**“ unter der Fragestellung zu nähern, welche Bedeutung Glauben und Religion für den Migrationsprozess und für das Leben von Migrantinnen und Migranten haben und inwieweit Religion ein integrierender Faktor im Migrationsprozess sein kann.

Die hier vorgelegte Veröffentlichung soll durch die Heterogenität der Texte dazu beitragen, sich dem Thema vorurteils- und vorbehaltlos zu nähern. Zudem möchten wir Anregungen geben, sich mit der Thematik Religion und Migration auseinander zu setzen.

#### **Herausgeberinnen**

*Helga Nagel*, Leiterin des Amtes für multikulturelle Angelegenheiten der Stadt Frankfurt am Main  
*Mechtilde M. Jansen*, Referatsleiterin an der Hessischen Landeszentrale für politische Bildung

ISBN 978-3-88864-430-6

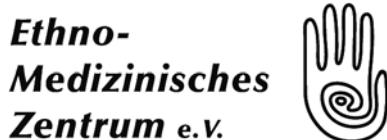
2007-05-20, 247 S.

12,00 €

VAS-Verlag, Frankfurt am Main



Information



Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.  
erhält Janssen-Cilag Zukunftspreis für das Projekt

Das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. (EMZ) in Hannover hat den mit 5.000 Euro dotierten Janssen-Cilag Zukunftspreis 2006 für die Initiative „MiMi - mit Migranten für Migranten“ erhalten. „MiMi“ setzt sich für die Verbesserung von Gesundheitsversorgung und -vorsorge von Familien mit Migrationshintergrund ein. Seit 2003 bilden das EMZ und der BKK Bundesverband unter der Schirmherrschaft der Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer MdB, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Migranten zu so genannten Gesundheitsmediatoren aus. Mittlerweile gibt es 700 „Vermittler“ aus über 50 Sprach- und Kulturgruppen. Von Hannover aus wird das größte Integrationsprojekt in Europa im Gesundheitsbereich und zum bürgerschaftlichen Engagement koordiniert, das inzwischen 21 Standorte bundesweit umfasst.

In seiner Festrede betonte der Zukunftsforcher Prof. Dr. Rolf Kreibich, Mitglied der Jury des 6. Janssen-Cilag Zukunftspreises: „Unser Gesundheitswesen kann mehr interkulturelle Kompetenz gut gebrauchen. Eine lebensnahe und erfolgreiche Integration sowie die Gesundheit des Einzelnen sind unschätzbar wichtig. Doch in den Augen der Jury leistet MiMi noch weit mehr - nämlich einen wertvollen Beitrag auf dem Weg hin zu einem Gesundheitssystem, das die Prävention der medizinischen Intervention vorzieht.“

Ramazan Salman ist Mitbegründer und Geschäftsführer des EMZ und zudem im Vorstand des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V. (ITB) in Hannover, das sich um die rechtliche Betreuung von Migranten in Deutschland kümmert. Viele seiner Integrationsprojekte im Gesundheitswesen machen bundesweit Schule. Bereits seit 17 Jahren trägt das EMZ dazu bei, Migranten in das Gesundheitssystem einzubinden. Auch Prof. Dr. med. Wielant Machleidt von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und Vorstandsvorsitzender des EMZ freut sich über den Janssen-Cilag Zukunftspreis: „Das ist eine Auszeichnung ganz besonderer Art, weil in der Benennung des Preises das Wort „Zukunft“ vorkommt. Wir haben seit Gründung des EMZ 17 Jahre am Beispiel der gesundheitlichen Integration von Migranten für eine mehrkulturelle Gesellschaft gearbeitet.“

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.  
Königstr. 6  
30175 Hannover  
Tel.: 0511 - 1684 1020  
Fax: 0511 - 457215  
Mail: ethno@onlinehome.de





## Information

*Ashoka Deutschland gGmbH*

### **Ramazan Salman vom Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover als „Social Entrepreneur“ ausgezeichnet**

**Ramazan Salman vom Ethno-Medizinischen Zentrum** in Hannover, Mitglied im Bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“, wurde von ASHOKA ausgezeichnet als einer der **Social Entrepreneurs des Jahres** mit innovativen Ansätzen in den Feldern Integration, Bildung/PISA, Arbeitslosigkeitsbekämpfung.

Die internationale Organisation Ashoka präsentierte Ende Oktober in einer feierlichen Veranstaltung die ersten Social Entrepreneurs Deutschlands. Die in Washington ansässige Organisation, die Unternehmertum in den sozialen Sektor bringt, startet damit ihr Investitionsprogramm in Deutschland. Weltweit unterstützt Ashoka fast 2000 Social Entrepreneurs aus 70 Ländern. Der bekannteste Social Entrepreneur ist Ashoka-Mitglied Muhammad Yunus, Gründer der Grameen Bank und Träger des diesjährigen Friedensnobelpreises.

„Social Entrepreneurs leisten herausragende Arbeit“, so Konstanze Frischen, Geschäftsführerin von Ashoka Deutschland. „Sie alle haben ein innovatives, bahnbrechendes Konzept zur Lösung eines akuten sozialen Problems, setzen auf Wachstum und arbeiten an der flächendeckenden Verbreitung ihres Ansatzes.“

Ramazan Salman, Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover, integriert Migranten aus bildungsfernen Schichten in das Leben einer Stadt. Er bildet erfolgreiche Migranten zu Gesundheits-Mediatoren aus, die den Kontakt zu Menschen anderer Kulturen besser herstellen können als viele Deutsche. „In Deutschland ist das Sozialwesen zu stark institutionalisiert“, so der Medizinsoziologe. Er fordert mehr Hilfe zur Selbsthilfe. „Gut integrierte Migranten wollen nicht, dass ihnen die Suppe gebracht wird, sie wollen die Zutaten, um selber zu kochen.“

Ashoka wurde 1980 vom Amerikaner Bill Drayton in Washington gegründet. Die gemeinnützige Organisation unterstützt Sozialunternehmer durch Stipendien, professionelle Hilfe sowie Einbindung in das weltweite Netzwerk. Damit zeigt Ashoka einen neuen Ansatz, wie soziale Probleme bekämpft werden können: Durch die Unterstützung von Unternehmerpersönlichkeiten, die mit innovativen Konzepten durchgreifende Änderungen zur Lösung gesellschaftlicher Probleme auf den Weg bringen.

*Kontakt:* Konstanze Frischen  
Ashoka Deutschland gGmbH  
Taunustor 2  
60311 Frankfurt  
Tel: 0 69 - 71 62 - 55 08

*Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA-Infodienst Migration, 3/2005*

# Buchvorstellung

*Für Kolleginnen und Kollegen sowie kooperierende Institutionen zum Hörerpreis von  
14,80 € zzgl. Porto und Versand (statt 26,- €) bestellbar bei: nj.albrecht@uke.uni-hamburg.de*

*Interdisziplinäre Reihe, Band 1  
Migration - Gesundheit - Kommunikation  
Niels-Jens Albrecht, Theda Borde, Latif Durlanik (Hrsg.)*

*Dolmetschen im Krankenhaus  
Raoua Allaoui Cuvillier Verlag Göttingen*



Information

## **AiD INTEGRATION IN DEUTSCHLAND**

Aktueller Informationsdienst zu Fragen der Migration und Integrationsarbeit  
22. Jahrgang - Herausgeber: isoplan CONSULT GbR Saarbrücken - ISSN 1860-3297

### **AiD wegen fehlender finanzieller Förderung eingestellt**

*Liebe Leserinnen und Leser,*

in den letzten beiden Ausgaben haben wir Sie an dieser Stelle informiert, dass die Förderung von „AiD – Integration in Deutschland“ durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Ende 2006 auslaufen wird.

Trotz intensiver Bemühungen ist es nicht gelungen, eine andere Finanzierungsquelle zu erschließen. Zwar haben gut 1.000 Leserinnen und Leser uns eine Absichtserklärung zu einem Abonnement in 2007 zugeschickt. Damit allein lässt sich eine Quartalszeitschrift mit qualitativ höherem Anspruch jedoch nicht finanzieren.

Sollte sich in naher Zukunft doch noch eine Lösung zur finanziellen Förderung ergeben, wird AiD zum nächstmöglichen Zeitpunkt wieder erscheinen.

**Wir bedanken uns sehr herzlich für die von Ihrer Seite erfahrene Unterstützung.**

*Die Herausgeber*

PS: Wir bitten Sie höflich – bei einer Abonnentenzahl von fast 10.000 Personen – von weiteren Anfragen (telefonisch oder schriftlich) abzusehen.

## **Buch Vorstellung**

*Ernestine Wohlfart, Charité Berlin  
Manfred Zaumseil, FU Berlin (Hrsg.)*

### **Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie**

**Interdisziplinäre Theorie und Praxis**

Transkulturalität - das Fremde und das Eigene erkennen und in interkulturellen Praxen reflektieren ...

Kliniker und Wissenschaftler sind heute konfrontiert mit kulturellen Prozessen und Identitäten, die in einer globalisierten Welt zunehmend komplexer werden. Auch die Expression und die subjektiven Erklärungsmodelle psychischer Erkrankungen sind vielfältiger geworden und führen in ihrer Verschiedenheit häufig zum Versagen von Professionalität bei Diagnostik und Behandlung.

Eine interdisziplinäre „Transkulturelle Psychiatrie“ beschäftigt sich mit allen Facetten dieser Problematik. Sie verbindet das Kollektive mit dem Individuellen und arbeitet Bedeutungszusammenhänge der diversen kulturellen Kontexte heraus.

Eine interkulturelle, interdisziplinäre Begegnung von Autoren aus den Bereichen der Ethnologie, „medical and cultural anthropology“, Psychoanalyse, Ethnopsychiatrie, Ethnopsychoanalyse und aus den Kulturwissenschaften ermöglicht einen multiperspektivischen Blick in die Theorie und Praxis einer transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie.

Das Buch ist als eine transnationale Reise durch die verschiedenen Welten der Behandler und der Patienten konzipiert. Der Bezug zur Praxis und die zahlreichen Fallbeispiele erläutern den theoretischen Hintergrund, ohne den ein Verständnis der Problematik nicht denkbar ist.

**Ein interdisziplinäres Fachbuch zur Theorie und Praxis**  
2006. XVIII, 436 S. 10 Abb. Geb.

69.95 € | SFr 115.50

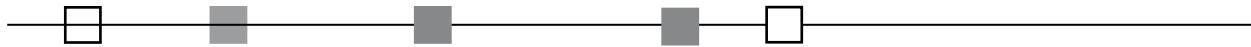
ISBN-10: 3-540-32775-4

ISBN-13: 978-3-540-32775-2

**Springer Customer Service**  
Haberstr. 7 • 69126 Heidelberg  
Fax: 0 62 21 / 3 45 42 29  
Mail: [orders.books@springer-sbm.com](mailto:orders.books@springer-sbm.com)



## Arbeitsmarkt:



# OECD kritisiert Diskriminierung von Migranten

*Zuwanderer haben es erheblich schwerer als Deutsche, auf dem deutschen Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden. Das liegt laut der OECD an Sprachschwierigkeiten und mangelnder Berufsausbildung aber auch an versteckter Diskriminierung.*

Berlin - Nur in wenigen Ländern seien Zuwanderer ähnlich schlecht in den Arbeitsmarkt integriert, heißt es in einer heute veröffentlichten Studie der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Selbst Migrantenkinder, die ihre komplette Ausbildung in Deutschland absolviert haben, hätten geringere Jobchancen als Bewerber ohne Migrationshintergrund mit dem gleichen Bildungs niveau, erklärte OECD Migrationsexperte Thomas Liebig bei der Präsentation der Studie in Berlin.

Es habe zwar in den vergangenen Jahren erhebliche Verbesserungen im Bereich der Integration gegeben, trotzdem müsse Deutschland diese Nachteile noch entschlossener ausgleichen. „Um Diskriminierung zu bekämpfen, kann auch ein verantwortungsvoller öffentlicher Diskurs einen wichtigen Beitrag leisten.“ Mit einem Anteil von zwölf Prozent leben in Deutschland so viele Migranten wie in keinem der 24 übrigen Industrieländer, die sich der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) angeschlossen haben.

Der OECD Studie zufolge liegt bei den Menschen mit geringer Qualifikation die Beschäftigungsquote von Zuwanderern bei rund 45 Prozent und damit sogar um fünf Prozentpunkte höher als bei den in Deutschland Geborenen. Dafür hätten von den zugewanderten Hochschulabsolventen nur 68 Prozent einen Job bei den in Deutschland geborenen Akademikern seien es

84 Prozent. So müssten Menschen mit ausländisch klingendem Namen drei bis vier Mal so viele Bewerbungen schreiben wie Deutsche, bis sie zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen würden.

„Migranten und deren Kinder verfügen über weniger Kontakte zu potenziellen Arbeitgebern als die übrige Bevölkerung“, erklärte Liebig einige der Gründe. Außerdem gebe es nur wenige Länder, in denen die Qualifikationsstruktur der Zuwanderer im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung so ungünstig sei wie in Deutschland.

Eine Ausnahme besteht lediglich bei der Beschäftigungsquote von gering qualifizierten Zuwanderern. Liebig zufolge liegt sie höher, weil viele Deutsche zum Beispiel im Reinigungsservice nicht arbeiten wollten. Hinzu kommt, dass Migranten mit einer geringeren Beschäftigungsstabilität leben müssen als Deutsche: Sie werden von einem wirtschaftlichen Abschwung stärker getroffen, profitieren aber auch stärker von einem Aufschwung.

Die OECD Studie empfiehlt deshalb speziell auf Migranten zugeschnittene Praktikumsprogramme, um Kontakte zu potenziellen Arbeitgebern herzustellen. Außerdem müsse die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen vereinfacht werden.





Presse

Quelle: Gütersloh, 20.01.2008



## Unzureichende Integration von Zuwanderern kostet den Staat jährlich 16 Milliarden Euro

*Sozialversicherungen die größten Verlierer -  
Bildung wichtiger Integrationsfaktor*

Die unzureichende Integration von Zuwanderern kostet den Staat jährlich schätzungsweise 16 Milliarden Euro. Durch mangelnde Sprachkenntnisse, fehlende soziale Netzwerke und schlechte Integration der Zuwanderer in den Arbeitsmarkt gehen dem Staat Einkommenssteuern und Beiträge in der Renten- und Sozialversicherung verloren. Das ist das Ergebnis einer Studie des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Demnach kostet die mangelnde Integration Bund und Länder jeweils 3,6 Milliarden Euro pro Jahr. Die Kosten der Kommunen liegen bei 1,3 Milliarden Euro, die der Sozialversicherungen bei 7,8 Milliarden Euro.

Während von den weniger integrierten Zuwanderern in Deutschland 16 Prozent arbeitslos gemeldet sind, sind es bei den Integrierten 11 Prozent. Hier unterscheiden sich die integrierten Zuwanderer wenig von der Gesamtbevölkerung. Erwerbstätige Zuwanderer, die integriert sind, verdienen zudem rund 7500 Euro mehr im Jahr als die weniger integrierten. Dadurch liefern sie im Schnitt jährlich rund 1900 Euro mehr an Einkommenssteuern an die öffentliche Hand als weniger integrierte Personen und zahlen rund 1200 Euro mehr in die Sozialversicherungen ein. Die Kosten unzureichender Integration von Zuwanderern werden in der Studie anhand ihrer Arbeitsmarktbeteiligung gemessen. Als Grundlage dienen Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) zur Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit von Zuwanderern.

Zentrale Voraussetzung für ihre erfolgreiche Teilnahme am Arbeitsmarkt ist die Integration von Zuwanderern in anderen Lebensbereichen. Für Chancen auf dem deutschen Arbeitsmarkt sind gute Sprachkompetenzen und ein gutes Bildungsniveau unverzichtbar. Als eine

weitere Variable wird in der Studie zudem soziales Engagement hinzugezogen. Zuwanderer, die sich engagieren und so über soziale Netzwerke verfügen, helfen dies bei der Arbeitsplatzsuche. Ein Zuwanderer gilt nach dem in der Studie verwendeten Integrationsindex als integriert, wenn er in mindestens zwei der drei Bereiche (Sprache, Bildung, soziales Engagement) aufgrund verschiedener Variablen als integriert eingestuft wurde.

„Defizite bei der Integration kommen die Gesellschaft teuer zu stehen. Verstärkte Investitionen vor allem im Bildungsbereich sind notwendig, weil hier die Weichen für die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben gestellt werden. Wir müssen dabei insbesondere die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund verbessern. Dieser Herausforderung widmet sich auch der diesjährige Carl-Bertelsmann-Preis. Wir suchen nach Impulsen für Deutschland in Ländern, in denen Kinder und Jugendliche aus Zuwandererfamilien in der Schule erfolgreicher sind als in Deutschland“, sagte Johannes Meier, Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung, bei der Vorstellung der Studie.

Als Zuwanderer gelten in der Studie Ausländer der ersten Generation, Eingebürgerte der ersten Generation, Spätaussiedler der ersten Generation und Kinder der Zuwanderer (die zweite Generation). Während rund 75 Prozent der Zuwanderer der zweiten Generation als integriert bezeichnet werden können, sind es bei der ersten Generation nur rund 30 Prozent. Zur Berechnung der oben dargestellten Resultate wurden Personen verglichen, die das gleiche Geschlecht und Alter haben, derselben Zuwanderergruppe angehören und in demselben Bundesland wohnen.

# Buch Vorstellung

*Deutsches Kulturforum*

## Russlanddeutsche heute Identität und Integration

Über zwei Millionen Aussiedler sind in den vergangenen Jahren aus der ehemaligen UdSSR nach Deutschland gezogen. **Jährlich kommen etwa 90.000 dazu.** In der Bundesrepublik treffen die „Russlanddeutschen“ zunehmend auf Misstrauen und Unverständnis. Trotz ihrer Abstammung werden die Nachfahren der deutschen Kolonisten, die seit dem 18. Jahrhundert nach Russland auswanderten, bei uns meist als Ausländer und Fremde wahrgenommen. In den Medien ist diese Bevölkerungsgruppe fast ausschließlich in Berichten über den Missbrauch des deutschen Sozialsystems, über Jugendbanden und über Arbeitslosigkeit in tristen Vorstädten präsent. Auch die Politik hat die schwierige Integration der Deutschen aus Russland in unsere Gesellschaft als Thema entdeckt, mit dem sich in Wahlkämpfen Emotionen wecken lassen.

Die Erfahrung zeigt, dass sich die Eingliederung der Aussiedler in die deutsche Gesellschaft nicht allein mit administrativen Maßnahmen erreichen lässt. **Nicht nur die Aussiedler sind gefragt, sich zu integrieren, auch wir sollten uns intensiver mit den Belangen dieser Gruppe befassen.** Dabei wird immer deutlicher, dass sich ohne die Kenntnis ihrer Geschichte die Integration der Russlanddeutschen nicht erreichen lässt. Was wissen wir heute vom tragischen Schicksal der Deutschen in der UdSSR? Wie stehen wir zu der Selbstverpflichtung, Aussiedler deutscher Abstammung auch in Zukunft bei uns aufzunehmen? Welche Wege führen zu gegenseitigem Verständnis, zu einem lebendigen Dialog und zu einer gelungenen Integration? Wie lernen wir, die Erfahrungen der Russlanddeutschen nicht als Bedrohung, sondern als Bereicherung unserer Kultur wahrzunehmen? Wie stellen wir uns das Leben und die Zukunftsperspektiven der in Russland und Zentralasien verbliebenen Deutschen vor?

Im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Potsdamer Forum“ des Deutschen Kulturforums östliches Europa, die in der gleichnamigen Publikationsreihe

dokumentiert wird, diskutierten diese Fragen Jelena Hoffmann, einziges in Russland geborenes Mitglied des Deutschen Bundestages, Barbara John, langjährige Ausländer- und Aussiedlerbeauftragte des Berliner Senats, Ulla Lachauer, Historikern, Dokumentarfilmerin und Autorin mit dem Schwerpunkt Ostpreußen und Russlanddeutsche, Rita Pauls, russlanddeutsche Protagonistin des Dokumentarromans „Ritas Leute. Eine deutsch-russische Familiengeschichte“ von Ulla Lachauer, Gerd Stricker, Historiker und Slawist, Verfasser des Bandes „Russland“ aus der Reihe „Deutsche Geschichte im Osten Europas“ des Siedler Verlages. Die Diskussion wurde moderiert von Henning von Löwisch, Deutschlandfunk.

### Das Buch

„**Russlanddeutsche heute.**

**Identität und Integration**“

ISBN-10:3936168091

bzw. ISBN-13:978-3936168099

ist beim Deutschen Kulturforum erschienen und kostet 2,00 €.

Es kann portofrei bezogen werden über die

„*vorwärts:buchhandlung + antiquariat*“

im Willy-Brandt-Haus,

Stresemannstraße 28

10963 Berlin

Tel.: 030 / 25 299 - 871

Fax: 030 / 25 299 - 872

Mail: [info@vorwaerts-buchhandlung.de](mailto:info@vorwaerts-buchhandlung.de)

# Buchrezension

Ali Kemal Gün

## Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie

Lambertus-Verlag 2007

Der Lambertus-Verlag veröffentlicht mit der Dissertation von Ali Kemal Gün ein wichtiges Buch zur interkulturellen Psychotherapie. Der Untertitel „Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten“ weist darauf hin, dass die gegenseitigen Erwartungen und Umgangsformen von türkischen Patienten und deutschen Therapeuten im Mittelpunkt stehen. Es geht also in diesem Buch um Arzt-Patient-Beziehung. Die Gliederung teilt sich in die eigentlichen Untersuchungsergebnisse, Historisches zur Arbeitsmigration, sowie Erläuterungen zur psychosozialen Versorgung, zur Familienstruktur in der Türkei und zu islamischen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.

Grundlage ist eine empirische, mit qualitativen Methoden arbeitende Forschungsarbeit, die sprachpsychologische, kulturwissenschaftliche, ethnologische und religionswissenschaftliche Perspektiven berücksichtigt und auf den Prozess der psychotherapeutischen Behandlung bezieht. Im Mittelpunkt steht die Untersuchung systematischer Missverständnisse. Dieser Ansatz ist begrüßenswert und mutig. Die Ergebnisse machen nachdenklich und sind von allgemeiner klinischer Relevanz. Dabei hat die Arbeit von Ali Kemal Gün eine wissenschaftliche Komplexität und Innovation, die eine qualitative Bearbeitung der Fragestellung ermöglicht.

Die Ergebnisse von Ali Kemal Gün geben wichtige Anstöße für Umgang und Haltung im therapeutischen Kontakt mit Patienten mit Migrationshintergrund.

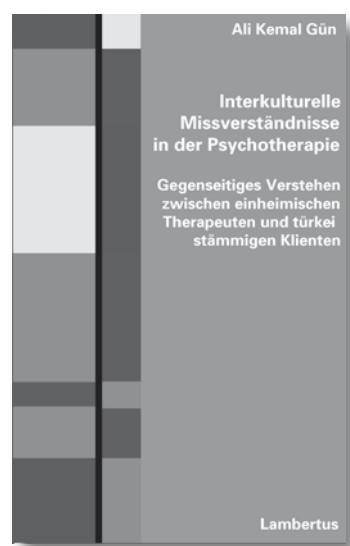
Am Beispiel der Aussage eines Therapeuten, er behandle alle Patienten gleich, egal ob mit oder ohne Migrationshintergrund, erörtert er die daraus folgende Ungleichheit „weil kein Verständnis für die jeweiligen Besonderheiten aufgebaut wird.“ Um den Eindruck zu vermeiden, deutsche Psych-

iater hätten Vorurteile, werden in dieser Kasuistik Schwierigkeiten teilweise negiert, oder auf äußere Ursachen bezogen, um von der eigenen Verantwortung abzulenken. Gün meint hingegen, von einem Therapeuten sollte erwartet werden, dass er sage: „Wir behandeln alle Pat. gleich, indem wir auf ihre ganz persönliche Problematik eingehen....“.

Es geht aber auch darum, den Blick auf die Haltungen der Klienten zu richten. Und dabei wird deutlich, dass seitens der Patienten der Verweis auf kulturelle Besonderheiten auch dazu genutzt wird, sich notwendigen Änderungsprozessen eben nicht zu stellen! In dem Fallbeispiel einer Patientin arbeitet er heraus, dass diese mit der Begründung, keiner verstehe sie, eine Wanderschaft zwischen deutschen und muttersprachlichen Therapeuten betreibe. Sie wechsle von der „ethnologischen Ecke“ zur „emmanzipatorischen Ecke“ und sehe überall Grenzen des Verständnisses und lasse sich auf den Trauerprozess um diese Grenzen eben nicht ein, sondern pendele zwischen Idealisierung und Entwertung.

Gerade als Muttersprachler ist Ali Kemal Gün in besonderer Weise geeignet, diesen Phänomenen nachzuspüren. Der Wunsch nach muttersprachlicher psychotherapeutischer Behandlung beinhaltet auch regressive Anteile, denen im therapeutischen Prozess mehr Beachtung geschenkt werden sollte, als bisher üblich.

Eckhardt Koch



# Buchrezension

# Buch Vorstellung

Ahmet Toprak

## Das schwache Geschlecht – die türkischen Männer

### Zwangsheirat, häusliche Gewalt, Doppelmoral der Ehre

Neuere Ergebnisse der psychiatrischen Migrationsforschung weisen darauf hin, dass kulturelle Besonderheiten wie Krankheitsverständnis oder traditionelle Denkmuster die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund stärker beeinträchtigen als sprachliche Verständigungsprobleme. Zurecht wird mehr kulturelle Kompetenz der Therapeuten gefordert. Deshalb soll auf eine Neuerscheinung im Lamber-

tus-Verlag hingewiesen werden, die in knapper Form aufbauend auf Interviews mit in Deutschland sozialisierten türkischen Männern Hintergründe und Motivationen von Heiratsmigration erläutert.

Ahmet Toprak, promovierter Sozialpädagoge, beschreibt die Hierarchie und Rollenverteilungen der traditionellen und bildungsfernen Familien seiner Gesprächspartner und entwickelt Thesen zu Erziehungsstilen und familiärer Gewalt. Dabei geht er auch auf tabuisierte Themen wie sexuelles Verhalten ein und erläutert schlüssig das wichtige traditionelle Konzept der Ehre. Er leitet aus seiner Untersuchung Forderungen zu verbesserter gesellschaftlicher Integration ab und gibt dem Leser auch objektive Informationen zu der aktuellen Diskussion um Ehrenmorde. Anhand der vielschichtigen Motive für die Eheschließung mit Partnern aus der Türkei wird die Brüchigkeit der von demonstrativer Stärke und Unnachgiebigkeit charakterisierten männlichen Rolle herausgearbeitet und festgestellt, dass dieses traditionelle Rollenverhalten den Anforderungen der globalisierten westlichen Industriegesellschaft nicht genügt. Flexibilität im Denken, eigenständige Meinungsbildung und Kritikfähigkeit werden durch die traditionellen Erziehungsstile nicht gefördert.

Für psychiatrische Behandler aus der Türkei stammender Patienten werden Themenfelder beschrieben, die im Therapieprozess sinnvoll aufgegriffen werden können und die kulturelle Kompetenz der Therapeuten stärken. Wohltuend sind die gut lesbare Sprache, die klare Gliederung und die die kritischen Folgerungen, die in die Debatte um sinnvolle und notwendige Integrationsmaßnahmen eingehen sollten. Für literarisch Interessierte sei außerdem der soeben bei Kiepenheuer und Witsch erschienene Roman „Leyla“ des in Deutschland lebendes Autors Feridun Zaimoglu empfohlen, der sich ebenfalls mit der ländlichen Lebensweise und traditionellen Familienstrukturen befasst. Wichtig zum Schluss ist noch der Hinweis, dass die in beiden Büchern beschriebenen kulturellen Milieus dörflich geprägt und bildungsfern sind und nur eine Facette türkischer Tradition beschreiben. Im städtischen Kontext existieren diese Muster wenn überhaupt nur noch rudimentär. Und einen Ursprung im Islam kann man diesen Traditionen nicht zuschreiben, darauf weist der Autor mit Nachdruck hin. Manches mutet auch uns nicht fremd an: Die Differenzen zwischen den unterschiedlichen islamischen Auslegungen von Sunnitern und Aleviten kennen auch wir – noch vor wenigen Generationen waren in manchen Regionen Deutschlands „gemischte“ Ehen zwischen Katholiken und Protestanten undenkbar.

Lambertus-Verlag GmbH  
Postfach 1026  
D-79010 Freiburg  
Tel.: 076-368 25 25  
Fax: 076-368 25 33  
Mail: [info@lambertus.de](mailto:info@lambertus.de)  
Net: [www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

Freiburg 2005  
188 Seiten  
18,00 €



Hilal Sezgin

## „Typisch Türkin?“

### Buch Vorstellung

Sie heißen Elif oder Hamide, Zeynep oder Gülbahar und leben in Berlin, Frankfurt oder anderswo. Sie sind Studentinnen oder Hausfrauen, arbeiten als Ärztinnen, Anwältinnen oder als Aushilfe in einem Gemüseladen. Und es gibt eines, was sie verbindet: **ihre Herkunft aus türkischstämmigen Familien.** Einfühlend und voller Humor schildert Hilal Sezgin das Leben einer neuen Generation. Sie lässt Deutsch-Türkinnen von ihrem Alltag jenseits vermeintlicher Parallelgesellschaften erzählen. Von liebevollen Patriarchen und dem Hotel Mama, vom Beruf, den eigenen Kindern, der Religion und - immer wieder - von den Männern. Ein mitreißend geschriebenes Plädoyer für eine offene Gesellschaft.

Hilal Sezgin ist durch die Republik gereist und zeigt: Auch die wirkliche Wirklichkeit kann uns in ihren Bann ziehen. Und mehr als das! Von selbstbewussten Frauen wird erzählt, die ihren Weg verfolgen. Von Deutsch-Türkinnen jenseits familiärer Fremdbestimmung. Ob als Frauenärztin oder Popmusikerin, ob als Rechtsanwältin oder Hausfrau, ob mit Kopftuch oder ohne: „Typisch Türkin“ gibt's nicht mehr. Das bunte Panorama einer Generation entsteht, die den Spagat wagt zwischen Integration und Tradition - mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Ohne die Schattenseiten zu unterschlagen, wird endlich aufgeräumt mit dem obskuren Mythos der Parallelgesellschaften. Ein mitreißend geschriebenes Plädoyer für eine offene Gesellschaft. Und nicht zuletzt: ein Appell, das Projekt Integration endlich Ernst zu nehmen.

Das Buch „Typisch Türkin?“ von *Hilal Sezgin* ist im Herder-Verlag erschienen und kostet 12,90 €. Es kann portofrei bezogen werden über die „vorwärts:buchhandlung + antiquariat“ im Willy-Brandt-Haus Stresemannstraße 28 10963 Berlin  
Tel.: 030/25299-871  
Fax: 030/25299-872  
Mail: [info@vorwaerts-buchhandlung.de](mailto:info@vorwaerts-buchhandlung.de)  
Net: [www.vorwaerts-buchhandlung.de](http://www.vorwaerts-buchhandlung.de)

### Buch Vorstellung

Meral Renz

## Sexualpädagogik in interkulturellen Gruppen

Informationen, Methoden und Arbeitsblätter



Sexualkunde mit Jugendlichen aus unterschiedlichen Kulturen ist eine Herausforderung: Wie geht man in der jeweiligen Kultur mit dem Thema Sexualität um? Wie kann ich aufklären, ohne Tabus zu verletzen? Hier bekommen Pädagogen konkrete Hilfe: Sie erfahren, wie z.B. Muslime mit Sexualität und Aufklärung umgehen, worauf sie bei Formulierungen und Darstellungen achten sollten und wie man die Akzeptanz der Eltern gewinnt.

Mit den Methoden und Arbeitsblättern lässt sich das Thema Sexualität auf unterschiedlichen Ebenen erarbeiten.

Neben der eigentlichen Aufklärung bilden v.a. auch Liebe, Gefühle, Wünsche, Pläne und die eigene Identität den Ausgangspunkt für die inhaltliche Arbeit mit den Materialien. Die Arbeitsblätter sind thematisch so vielseitig, dass sie fächerübergreifend eingesetzt werden können.

- ermöglicht Sexualerziehung und Lebensplanung in interkulturellen Gruppen
- liefert Hintergrundwissen über die Zusammenhänge zwischen Sexualität, Kultur, Identität
- sensibilisiert für den unterschiedlichen Umgang mit Sexualität
- klärt auf, ohne Schamgrenzen anderer zu verletzen

#### Zielgruppe:

- LehrerInnen • Schulen
- PädagogInnen • außerschulische Arbeit

12–18 J., 212 S., A4, Paperback  
ISBN 978-3-8346-0335-7 • Best.-Nr. 60335  
22,- € (D) | 22,60 € (A) | 38,50 CHF

Verlag an der Ruhr  
Postfach 10 2251  
45422 Mülheim an der Ruhr  
Tel.: 02 08/439 540 • Fax: 0208/439 54239  
Mail: [info@verlagruhr.de](mailto:info@verlagruhr.de) • Net: [www.verlagruhr.de](http://www.verlagruhr.de)

# BuchRezension

*Der zwischenmenschliche Ansatz in der Medizin:*

## Die Arzt-Patienten-Beziehung

*Benyamin Maoz*

*Stanley Rabin*

*Hava (Eva) Katz*

*Andre Matalon*

Dank sei dem Logos-Verlag in Berlin für die Publikation dieses wichtigen Buches von Benyamin Maoz und Mitarbeitern aus Israel. Das Buch erschien 2004 in Tel Aviv und wurde 2006 auch in deutscher Sprache vorgelegt.

Es handelt sich um ein allgemeinverständlich geschriebenes Buch, das nicht nur für Fachleute lesenswert ist. Das Thema ist hochaktuell in Anbetracht der Bestrebungen der World Psychiatric Association (WPA), personen-zentrierte integrative Diagnostik im ICD 11 zu berücksichtigen.

Die Autoren bemängeln, die konventionelle Medizin gewöhre der Geschichte des Patienten, seinem Narrativ, nicht genügend Aufmerksamkeit. Die Reduzierung der Medizin auf reine Faktenorientierung (Evidence Based Medicine, EBM) blende einen wichtigen Bereich aus, der sowohl Gesundheit als auch Krankheit beeinflusse: die Arzt-Patient-Beziehung.

Das Buch beschreibt die Rollen von Arzt und Patient, das Umfeld, in dem die Begegnung stattfindet und widmet sich ausführlich verschiedenen Konflikten und Belastungen, denen der Arzt in seinem Alltag ausgesetzt ist. Dabei wird auch negativen Empfindungen in Kapiteln wie „Der verletzte und beleidigte Arzt“ oder „Aggressivität von Ärzten“ nachgegangen. Außerdem werden Stressfaktoren im Arztberuf analysiert und Vorschläge zur Bewältigung unterbreitet. In diesem Zusammenhang wird u.a. auf die Bedeutung von Balintgruppen hingewiesen. In allen Kapiteln werden ausführliche Fallbeispiele kritisch diskutiert wie auch bewertet und lassen somit die Schlussfolgerungen der Autoren gut nachvollziehbar werden.

Kultursensibler Behandlung wird ein eigenes Kapitel gewidmet. Es sei wichtig, die „kulturellen Schleier“ eines Problems schichtweise anzuheben, denn dadurch gelange man oftmals zu durchaus bekannten menschlichen Problemen. Ganz pragmatisch werden Inhalte kultureller Kompetenz vermittelt, dabei aber deutlich gemacht, dass es sich nur um Variationen allgemeiner menschlicher Verhaltensweisen handelt.

Aus ihrer Erfahrung mit Holocaust-Überlebenden berichten die Autoren, dass Ärzte, und hier meistens Hausärzte, zum ersten Mal Geschichten erzählt bekommen, die zuvor noch kein anderer Mensch gehört habe. „Erst anschließend können sie (die Patienten) diese traumatischen Geschichten ihren Nachkommen erzählen“ ist das Fazit. Es wird Sensibilität vermittelt für ein ärztliches Umfeld, das das Erzählen von Geschichten möglich macht. Offenheit, Interesse und Gelassenheit seien die wesentlichen Rahmenbedingungen.

Ein eigenes Kapitel zur Salutogenese (Benyamin Maoz war enger Mitarbeiter des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky) rundet das Buch, dem ich viele Leser wünsche, ab.

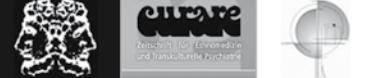
*Eckhardt Koch*

## Veranstalter

**Österreich**

 <b>MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN</b>	 <b>PKJ</b>
 <b>ÖGASP</b>	 <b>ESRA</b>

**Deutschland**

 <b>universität Witten/Herdecke</b>	 <b>St. Marien-Hospital Hamm</b>
 <b>Psychosociales Zentrum für Flüchtlinge PZD Düsseldorf</b>	 <b>HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DUSSELDOF</b>
 <b>Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.</b>	 <b>Zentrum für Transkulturelle Psychiatrie</b>
 <b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>	

**Schweiz**

## Kongressekretariat

Spezialambulanz für Transkulturelle Psychiatrie & Migrationsbedingte Psychische Störungen  
Universitätsklinik für Psychiatrie im Wiener Allgemeinen Krankenhaus.  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien

und

**Frau Dr. med. univ. Solmaz Golsabahi**  
St. Marien-Hospital Hamm  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik  
Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Witten/Herdecke  
Knappenstrasse 19  
59071 Hamm  
E-Mail: solmaz.golsabahi@marienhospital-hamm.de

## Anreise

Austragungsort:  
**Medizinische Universität Wien**  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Währinger Gürtel 18-20  
A-1090 Wien  
Austria

Die Anreisebeschreibungen für die verschiedenen Verkehrsmittel finden Sie unter [www.transkulturellepsychiatrie.de](http://www.transkulturellepsychiatrie.de).

## Übernachtung in Wien

Bitte wenden Sie sich an das Kongressekretariat oder entnehmen Sie die Informationen der Homepage [www.transkulturellepsychiatrie.de](http://www.transkulturellepsychiatrie.de).

**2. KONGRESS**  
DER TRANSKULTURELLEN PSYCHIATRIE  
IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM

**FLÜCHTLINGE**  
Schwerpunkt: Frauen und Kinder



Jeder ist weltweit ein Fremder.

[www.transkulturellepsychiatrie.de](http://www.transkulturellepsychiatrie.de)

26. - 28. September 2008  
Universitätsklinik für Psychiatrie  
& Psychotherapie Wien

## Programmkommission

- H. Jörg Assion (Deutschland)
- Karl H. Beine (Deutschland)
- Max. H. Friedrich (Österreich)
- Hans Wolfgang Gierlichs (Deutschland)
- Solmaz Golsabahi (Deutschland)
- Thomas Heise (Deutschland)
- Julia Huemer (Österreich)
- Ljiljana Joksimovic (Deutschland)
- Eva von Keuk (Deutschland)
- Eckhardt Koch (Deutschland)
- Bernhard Küchenhoff (Schweiz)
- Wieland Machleidt (Deutschland)
- Sebastian von Peter (Deutschland)
- Ekkehard Schröder (Deutschland)
- Thomas Stompe (Österreich)
- Ron Wintrob (USA)

## Fragen zur Anmeldung

[solmaz.golsabahi@marienhospital-hamm.de](mailto:solmaz.golsabahi@marienhospital-hamm.de)

## Kongresssprache

- deutsch

## Teilnahmegebühren

- ÄrztInnen/TherapeutInnen:  
bis 30.6.2008: 120 €, ab 30.6.2008: 140 €
- Studierende (Nachweis erforderlich):  
bis 30.6.2008: 70 €, ab 30.6.2008: 90 €

## Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Dieses Mal lädt Sie die Gemeinschaft der an der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Interessierten nach Österreichs Hauptstadt Wien ein.

Als Disziplin der Modernen und als Spezialgebiet der Sozialpsychiatrie fokussiert der 2. Kongress der deutschsprachigen transkulturellen Psychiatrie 2008 seine Aufmerksamkeit auf das Themenfeld „Flüchtlinge“ und hier besonders auf die Traumatisierten, die Frauen und die Kinder.

Damit trägt unsere Gemeinschaft einer vorrangigen Aktualproblematik Rechnung, die nun schon ein Jahrzehnt lang den öffentlichen Diskurs durchzieht. Wir verstehen die Wissenschaft als eines der geeigneten Mittel, der Vernunft Eingang in die Lösung ansonsten nur emotional abgedeckter gesellschaftlicher Probleme zu verschaffen und bekennen uns zu unserer Aufgabe, einen Beitrag zum besseren Verstehen dieser Entwicklungen und damit zur Humanisierung des gesellschaftlichen Umgangs mit ihnen zu leisten. Wien erscheint uns als glücklich gewählter Ort, unseren Gedankenaustausch in diesem Jahr zu pflegen, war diese Stadt doch von jeher eine Eintrittspforte für die Fluchtbewegung verfolgter Menschen und eine Drehscheibe für den ost-westlichen und nord-südlichen Dialog.

Natürlich wollen wir unseren KongressteilnehmerInnen mit dieser kleinen, aber schillernden Stadt auch einen Erlebnisort für vortragsfreie Zeiten bieten: wir kennen keinen besseren Ort für den persönlichen Austausch als das Wiener Caféhaus.

Die Gemeinschaft der deutschsprachigen transkulturellen Psychiatrie wird sich freuen, Sie alle in Wien vom 26. bis 28. September 2008 begrüßen zu können und dankt der traditionsreichen Medizinischen Universität Wien für ihre Gastfreundschaft!

*Solmaz Golsabahi  
Thomas Stompe  
Bernhard Küchenhoff  
Eva von Keuk*

## Themen & Schwerpunkte

- Transkulturelle Aspekte der posttraumatischen Belastörungen
- Transkulturelle Genderaspekte
- Transkulturelle Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Gegenwart
- Betreuung der Flüchtlinge in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Rechtsfragen im Asylverfahren und ihre transkulturellen Aspekte
- Transkulturelle Aspekte in der Begutachtungspraxis

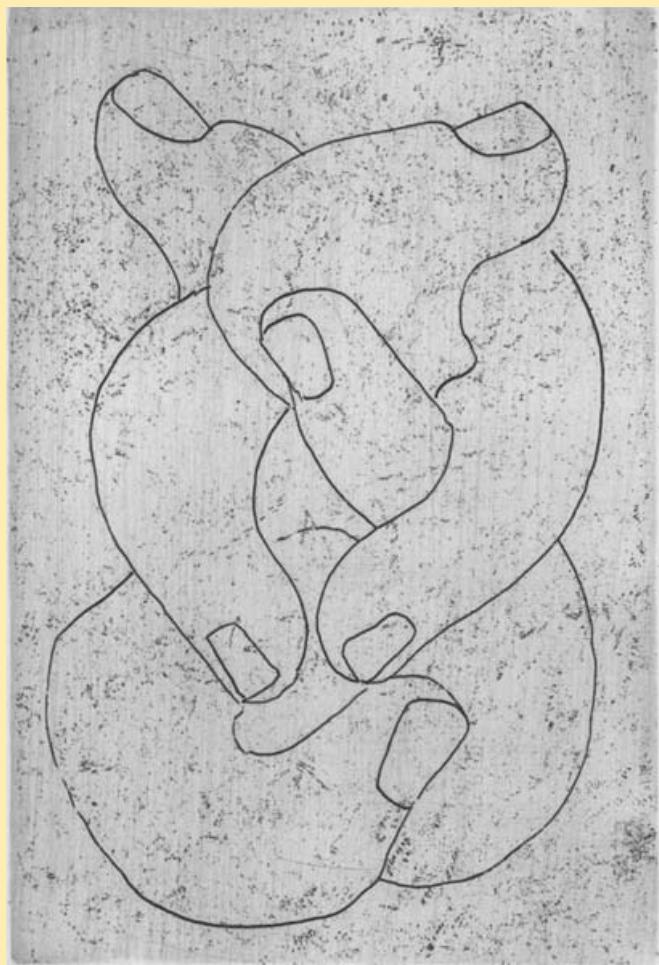
**FLÜCHTLINGE**  
Schwerpunkt: Frauen und Kinder



## Abstracts

Informationen unter der Homepage [www.transkulturellepsychiatrie.de](http://www.transkulturellepsychiatrie.de).

64



DEUTSCH-TÜRKISCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE  
UND PSYCHOSOZIALE GESELLSCHAFT

TÜRK - ALMAN PSİKIYATRİ,  
PSİKOTERAPİ VE PSİKOSOSYAL  
SAĞLIK DERNEĞİ