Deutsch-Türkische Gesellschaft
FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE
UND PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

TÜRK - ALMAN PSIKIYATRI,
PSIKOTERAPI VE PSIKOSOSYAL
SAĞLIK DERNEĞI

Rund*brief*

02/2002

Neue Satzung der DTGPP

12 Sonnenberger Leitlinien

Aktuelle Forschungsprojekte
in der transkulturellen Psychiatrie

Migranten aus GUS

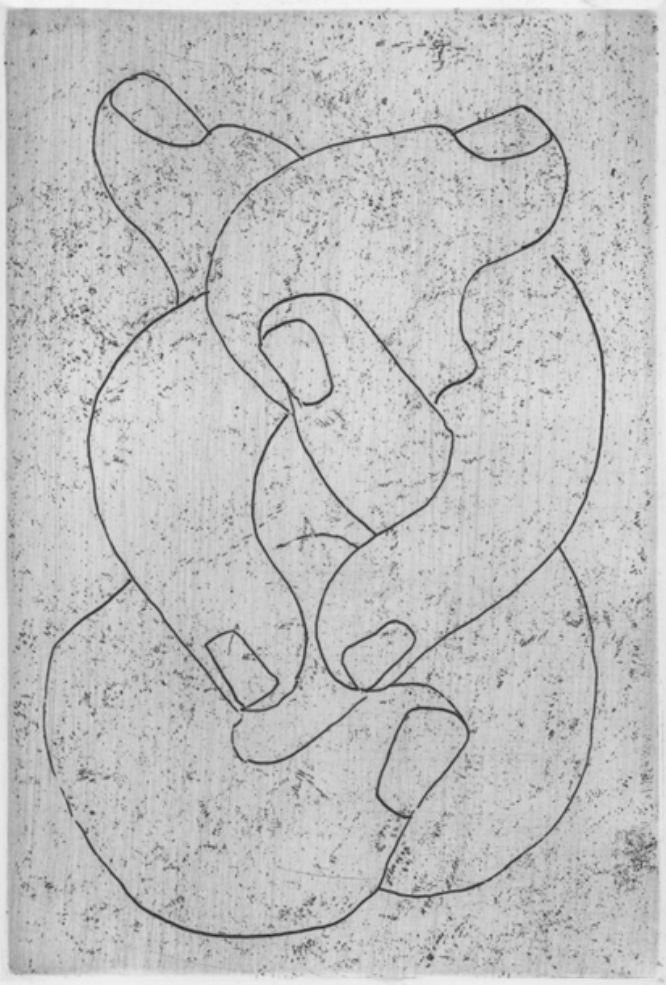
„Krieg der Gerechten”

Migration in Europa

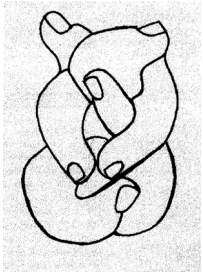
Die Deutsch-Türkische
Medizinergesellschaft (DTM)
stellt sich vor

Gewalt und Toleranz

Artikel
PresseEcke
Bericht
Tagung
Projekt
Ankündigung
Stellenangebot
Buchbesprechung



E.A



Inhalt

4 Vorwort

6 Protokoll (Mitgliederversammlung am 8.11.02 in St. Andreasberg)

7 Neue Satzung der DTGPP

10 Die Sonnenberger Leitlinien

12 Die Sonnenberger Leitlinien (türkisch)

14 „Wie können Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme integriert werden?" (Tagungsbericht)

16 IX. Anatolische Psychiatrietage in Adana 5.-8. Juni 2002 in der Türkei (Tagungsbericht)

17 Migranten aus GUS 'Probleme der Integration und der psychiatrischen Behandlung'

21 Stellenangebot

22 Latente Ausschließung 'Migranten und Drogenhilfe'

28 Essstörungen und Suchtprobleme bei Migranten

32 Aktuelle Forschungsprojekte in der transkulturellen Psychiatrie

34 Die Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V. (DTM) stellt sich vor

35 Einladung zu einer Tagung der DTM

35 Stellenangebot

36 „Krieg der Gerechten": objektbeziehungstheoretische Aspekte von religiösem Fundamentalismus und religiös motivierter Gewalt

50 Referat für Ärzte und Ärztinnen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung

41 Buchvorstellung

42 Buchvorstellung

42 Aus der Arbeit am Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer

45 Information der Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen

46 Arbeitskreis türkischsprachiger Psychotherapeuten

48 Gewalt und Toleranz 'Wie können Künstlerische Therapien helfen'

58 Migration in Europa

61 Das Zuwanderungsgesetz

63 Aktuelle Ausländerdaten

65 Buchvorstellung

67 Wissen über Traumata ist mangelhaft

69 Psychisch kranke Migranten 'Interkulturelle Kompetenz ist wichtiger'

71 Fehldiagnosen und Endlostherapien

72 Deutschkurse auch in Moscheen

73 Abweichende Stimme zur Pisa-Studie 'Freuen wir uns doch'

74 Migranten Kinder und die Pisa-Studie

Inhalt

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: Dr. phil. Inci User, Istanbul

Impressum

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

Redaktionsanschrift

In Deutschland:
Dr.med. Meryam Schouler-Ocak

NLKH Hildesheim
Institutsambulanz
Goslarsche Landstraße 60
31135 Hildesheim
Tel.: 05121/103-528
Fax: 05121/103-385
E-mail: mocak@web.de

In der Türkei:
Dr. phil. Inci User

Ethemefendi Cad. 2. Çikmaz Sok.
Ahmet Efendi Ap. No. 6/7
81080 Erenköy-Istanbul

Tel.: 0090216/3567813
Fax: 0090216/3684754

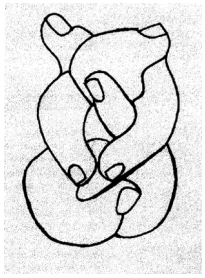
V.i.S.d.P.: Eckhardt Koch
E-mail: rundbrief@dtgpp.de

Bankverbindung:
Postbank Frankfurt/Main • Konto-Nr.: 648530608 • BLZ: 50610060

ISBN 3-7841-1454-7

Schutzgebühr: 3,-E

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



Vorwort

Liebe Mitglieder,

ein herzlicher Gruß gilt allen Freunden und Unterstützern unserer Gesellschaft. Der wiederum umfangreiche und informative zweite Rundbrief in diesem Jahr liegt dank der Tatkraft unserer Schriftführerin Meryam Schouler-Ocak nunmehr vor.

Ich hoffe, Sie haben alle das Call for Papers für unseren **V. Deutsch-Türkischen Psychiatrie-Kongress vom 16.-20. September 2003** in Essen erhalten. Der Vorbereitung dieses Kongresses gilt im Moment unsere ganze Kraft.

Wir freuen uns auf viele Beiträge und rege Teilnahme an diesem Kongress.
Auch möchte ich Sie bitten, Ihrerseits zum Gelingen dieser Veranstaltung beizutragen.
Persönliche Werbung und Bekanntmachung unseres Kongresses im Kreise von Freunden, Bekannten und Kollegen bedeutet die bestmögliche Aufmerksamkeit für unseren Kongress!
Deshalb möchte ich Sie herzlich bitten, schon jetzt in ihrer Umgebung auf unseren Kongress hinzuweisen. Wer aus dem Kreis der Mitglieder und Unterstützer unserer Gesellschaft weitere Flyer benötigt, wende sich bitte kurz am einfachsten per E-Mail an mich, ich werde dann umgehend Exemplare versenden.

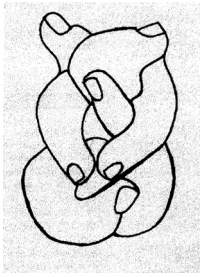
Frühzeitige Planung Ihrer Teilnahme lohnt sich übrigens:
Bei Anmeldung bis zum 30. Juni 2003 beträgt die Kongressgebühr für Mitglieder der DTGPP € 125,- für Nichtmitglieder € 150,-, ermäßigt (für Studenten, Teilnehmer aus der Türkei, AiP) € 100,-; ab 01.07. 2003 für Mitglieder € 160,-, für Nichtmitglieder € 180,-, ermäßigt € 120,-. Tageskarten werden für je € 70,- angeboten. Bei Anmeldung auf dem Kongress wird ein Aufschlag von € 10,- erhoben.
Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf meine neue E-Mail-Adresse hinweisen:
eckhardt.koch@t-online.de.
Die frühere AOL-Adresse ist abgeschaltet und existiert nicht mehr.

An dieser Stelle noch einmal die Bitte, mir Ihre E-Mail-Adressen mitzuteilen. Es ist für uns die kostengünstigste und einfachste Möglichkeit, per E-Mail-Rundschreiben auch in den Zeiträumen zwischen dem Erscheinen der Rundbriefe Neuigkeiten bekanntzugeben.

Nun, wie gewohnt, ein kurzer Rückblick über die Veranstaltungen seit Erscheinen des Rundbriefes 1/2002.
Ein Bericht über unsere Beteiligung an **den Anatolischen Psychiatrietagen im Juni 2002** mit einem eigenen Panel, an dem Marianne Röhl, Cenk Kolcu, Etem Ete und Meryam Schouler-Ocak teilgenommen haben, findet sich in diesem Rundbrief. An dieser Stelle nur so viel, dass das Panel unserer Gesellschaft von den türkischen Kollegen mit großem Interesse und guter Resonanz aufgenommen wurde.

Das Symposium vom 12. Juni 2002 in Marburg wurde von mehr als 100 Teilnehmern besucht. Es ist gelungen, zahlreiche Allgemein- und Nervenärzte aus ganz Hessen, die mit der Marburger Klinik bezüglich türkischer Patienten kooperieren, für diese Veranstaltung zu interessieren. Neben den Vorträgen von Frau PD Dr. Brucks und mir bestand zum Abschluss die Möglichkeit, bei einem türkischen Büfett die Station kennenzulernen. Es wurde bis in den Abend noch lebhaft diskutiert. Wer Interesse an dem Konzept der Marburger Station und der Begleitforschung bezüglich der Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten hat, wende sich bitte an mich - ich schicke gerne Unterlagen zu.

Vom 8.-10. November 2002 fand im Tagungshaus Sonnenberg in St. Andreasberg im Oberharz die Fachtagung **„Wie können Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme integriert werden?“** statt. Diese Veranstaltung wurde gemeinsam mit dem Tagungshaus von dem Referat Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN, der DTGPP, der Medizinischen Hochschule Hannover, Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, und dem Ethnomedizinischen Zentrum e.V. in Hannover organisiert und durchgeführt. Für unsere Gesellschaft war Meryam Schouler-Ocak in Kooperation mit den anderen Veranstaltern für die inhaltliche Planung und Organisation verantwortlich.



Bei dieser Tagung wurden die **"12 Sonnenberger Leitlinien"**, die auch im Wortlaut in diesem Rundbrief abgedruckt sind, formuliert und verabschiedet. Die Übersetzung ins Türkische übernahm Inci User. Auch die Türkische Fassung ist im Rundbrief abgedruckt. Anmerkungen und Diskussionsbeiträge sind - am besten über die E-Mail unserer Web-Seite www.dtgpp.de - herzlich willkommen.

Am Freitagabend, dem 8.11.2002, fand die angekündigte **Mitgliederversammlung** statt. Es konnte die Satzungsänderung, die im Rundbrief an anderer Stelle abgedruckt ist, beschlossen werden und es fand eine Neuwahl des Vorstandes mit Verlängerung der Amtszeit der bisherigen Vorstandsmitglieder bis zum Essener Kongress statt. Nach neuer Satzung wurden Cenk Kolcu und Friedhelm Röder in den Aufsichtsrat gewählt. An dieser Stelle möchte ich mich auch im Namen der Vorstandskollegen sehr herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen bedanken!

In Hamburg fand in der Klinik Nord Ochsenzoll am 15. November 2002 das 3. Symposium zu Fragen der Transkulturellen Psychiatrie unter dem Thema **„Vielfalt der Migrantenversorgung“** statt. Beteiligt waren die Charité in Berlin, das Uniklinikum Eppendorf und die Med. Hochschule Hannover. Den mehr als 150 Teilnehmern wurden neue Forschungsergebnisse präsentiert und viel Raum zur Diskussion gegeben. Unser Vorstandsmitglied Marianne Röhl, die diese Tagung organisierte, wird im nächsten Rundbrief einen Bericht veröffentlichen.

Der Ausblick für 2003 richtet sich ganz auf unseren Essener Kongress. Es sollen aber noch zwei weitere Veranstaltungen erwähnt werden:

Der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit veranstaltet am 20. und 21. Februar 2003 die Fachtagung **„Gesunde Integration“.** Im Rahmen dieses Experten-Workshops, an dem sich auch Mitglieder der DTGPP beteiligen, sollen wichtige Anhaltspunkte für notwendige politische Umsetzungen im Gesundheitswesen, die die Bedürfnisse von Migranten berücksichtigen, erarbeitet werden.
Am 22. und 23.März 2003 findet dann in Hannover **ein Symposium der Deutsch-Türkischen Medizinergesellschaft** aus Anlass des Medizinertages in der Türkei statt. Bei diesem Symposium organisiert unsere Gesellschaft eine Vortragsreihe zu migrationspsychiatrischen Fragen.

Außerdem bemühen wir uns verstärkt, den Bekanntheitsgrad der DTGPP zu erhöhen. So wird in den nächsten Ausgaben der Zeitschriften **„curare”, „Psychomed“** und auch des **„Neurotransmitter“** ein Bericht über Ziele und Aktivitäten unserer Gesellschaft erscheinen.

Dies als kleiner Rück- und Ausblick. Zum Schluss noch die Bitte, bei **Spenden** auch an unsere Gesellschaft zu denken. Das Defizit des Kongresses vom Herbst 2000 in Antalya hat die Kassen der Gesellschaft völlig geleert, so dass wir finanziell bei der Vorbereitung zu unserem V. Kongress in Essen sozusagen mit dem Rücken zur Wand stehen. Deswegen ist jede Form von Unterstützung herzlich willkommen und auch nötig.

Auch möchte ich um Beiträge für unsere weiteren Rundbriefe bitten: Berichte über Aktivitäten aus dem Umfeld von Mitgliedern unserer Gesellschaft, auch interessante Pressenotizen und Artikel von Mitgliedern sind herzlich willkommen.

Mit den besten Wünschen für ein angenehmes Weihnachtsfest und ein gutes Neues Jahr - sowie in Vorfreude auf persönliche Begegnung in Essen und möglichst viele Beiträge aus dem Kreis der Mitglieder

Herzliche Grüße

Eckhardt Koch
Marburg, 5. Dezember 2002

Protokoll

Mitgliederversammlung am 8.11.2002 in St. Andreasberg

Anwesende Mitglieder: 28
Anwesende Vorstandsmitglieder:
Ete, Koch, Röhl, Schouler-Ocak, Vogt
Entschuldigte Vorstandsmitglieder:
Evlice, Hartkamp,
Heilbronn, Kora, User

Tagesordnungspunkte:
1. Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des 1.Vorsitzenden Eckhardt Koch
2. Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des Kassenwartes Kurt Heilbronn
3. Antrag auf Annahme der Satzungsänderung
4. Antrag auf Entlastung des Vorstandes
5. Neuwahl des Vorstandes, Wahl des Aufsichtsrates
6. Sonstiges

Beschlussfähigkeit bei einfacher Mehrheit der Mitglieder.
Die Tagesordnungspunkte wurden vom Plenum einstimmig angenommen.

Punkt 1:
E. Koch berichtete über die Aktivitäten der DTGPP: Vorstandssitzung in Adana Juni 2001, Symposium in Istanbul, Vorstandssitzung in Frankfurt März 2002 sowie September 2002 in Hannover, DTGPP als Mitveranstalter der Tagung in St. Andreasberg 8. - 10. November 2002, Vorbereitung einer Tagung zusammen mit der DTM (Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft) in Hannover März 2003 sowie Vorbereitung des V.Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresses 16. - 20. September 2003 in Essen, Call for Papers zur Tagung mitgebracht, Vorbereitung einer Satzungsänderung - Erläuterung der Änderungen, Hinweis auf Vorstandswahlen in Essen.

Punkt 2:
Kurt Heilbronn konnte aus gesundheitlichen Gründen nicht persönlich erscheinen. Er gab eine schriftliche Erklärung ab, die der Mitgliederversammlung in Kopie ausgehändigt und vorgelesen wurde. Die schriftlichen Erklärungen der Kassenprüferinnen Birsen Cangöz und Meral Demirkol wurden vorgelesen. Beide bestätigten eine tadellose Kassenführung. Die Entlastung des Kassenwartes wurde vom Plenum beantragt, sie wurde einstimmig angenommen. Keine Gegenstimmen. Keine Enthaltung.

Punkt 3:
Wichtigsten Unterschiede zwischen alter und neuer Satzung wurden erläutert: Neu sind § 10 Abs. 7, § 11 der Aufsichtsrat, § 12 der wissenschaftliche Beirat, § 9 Abs. 2 (siehe neue Satzung)
Der Antrag auf Annahme der Satzungsänderung wurde vom Plenum einstimmig angenommen. Keine Gegenstimmen. Keine Enthaltung.
Somit gilt ab 8. November 2002 die neue Satzung.

Punkt 4:
Die Entlastung des Vorstandes wurde vom Plenum beantragt, ihr wurde mit 23 Stimmen zugestimmt. Die 5 Vorstandsmitglieder enthielten sich. Keine Gegenstimmen.

Punkt 5:
Die Wahlleitung wurde, bestehend aus Hüseyin Okur als Wahlleiter und Christian Haasen als stellvertretener Wahlleiter jeweils mit 27 Stimmen und 1 Enthaltung gewählt, keine Gegenstimmen, sie übernahm die weitere Leitung der Mitgliederversammlung. Die Protokollführer Wilhelm Katzenmeier und Friedhelm Röder, einstimmig vom Plenum gewählt, übernahmen das Protokoll der Neuwahl des Vorstandes und Wahl des Aufsichtsrates.
Der alte Vorstand wurde unverändert wieder gewählt. Weiteres ist im Protokoll der Wahlleitung enthalten.
Die abwesenden Vorstandsmitglieder hatten sich schriftlich mit ihrer Kanidatur und Annahme der Wahl einverstanden erklärt.

Punkt 6:
Christian Haasen berichtete vom geplanten Satelitten-Symposium in englischer Sprache während des Essener-Kongresses. Eine internationale Zeitschrift über Migration und Psychiatrie sei in Planung.

Meryam Schouler-Ocak, Schriftführerin

Neue **Satzung**

(Gültig ab 8.11.2002)

Deutsch - Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP)
Türk - Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Psikososyal Saglik Dernegi (TAP-Der.)

§ 1 Name und Sitz

Der Verein führt den Namen: Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.
Der Sitz des Vereins ist Marburg/Lahn.
Der Verein ist in das Vereinsregister beim Amtsgericht Marburg eingetragen
Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 2 Zweck des Vereins

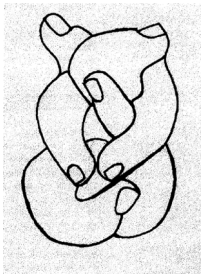
Der Zweck des Vereins ist die binationale Förderung der Zusammenarbeit von deutschen und türkischen Fachkräften aus Psychiatrie, Psychotherapie, Sozialarbeit und anderen Fächern, die zur psychischen Gesundheit beitragen, auf unmittelbarer und ausschließlich gemeinnütziger Grundlage.
Der Satzungszweck wird verwirklicht insbesondere durch:
a. Die Unterstützung und Anregung von Forschung und Lehre, die sich mit der Besserung der psychosozialen Lage der Migranten, Remigranten und deren Angehörigen in der Türkei und den deutschsprachigen Ländern befasst,
b. die Anregung zur gezielten Verbesserung der psychosozialen Versorgung sowohl in der Türkei als auch in der Bundesrepublik Deutschland; u.a. auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Rehabilitation sowie des Schulwesens, der Jugendarbeit und Altersversorgung,
c. die Anregung zu einer Gesetzgebung, die Belange von Migranten und Remigranten sowie des Zusammenlebens mit der einheimischen Bevölkerung verbessert,
d. die Förderung des kulturellen Austausches zwischen Deutschland und der Türkei im Hinblick auf die psychische Gesundheit,
e. die Durchführung von überregionalen gesellschaftlichen Begegnungen und Fachveranstaltungen zum Zwecke des Informationsaustausches mittels freiwilliger Kontaktpersonen.
Es besteht das Angebot der Initiative und Mithilfe des Vereins bei der Gestaltung der genannten Zielbereiche den jeweils verantwortlichen Institutionen gegenüber.

§ 3 Gemeinnützigkeit und Selbstlosigkeit

Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnittes 'steuerbegünstigte Zwecke' der Abgabenordnung.
Der Verein ist selbstlos tätig, er verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke und erstrebt keine Gewinne.
Alle von ihm erworbenen Mittel und etwaige Gewinne dürfen nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Gewinnanteile und in ihrer Eigenschaft als Mitglieder auch keine sonstigen Zuwendungen aus Mitteln des Vereins. Es darf keine Person - natürlich oder juristisch - weder durch Ausgaben, die dem Zweck des Vereins fremd sind noch durch unverhältnismäßig hohe Vergütung begünstigt werden.

§ 4 Finanzierung

Der Verein finanziert seine Arbeit aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden sowie eingebrachten Kapitaleinlagen und Sacheinlagen seiner Mitglieder.
Die Mitglieder haben einen Jahresbeitrag zu entrichten, dessen Mindesthöhe und Fälligkeit von der Mitgliederversammlung festgelegt wird. Über die Höhe der Mitgliedschaft für Mitglieder mit geringem Einkommen (z.B. Studenten, Teilzeitbeschäftigte, AiP, Arbeitslose) und über beitragsfreie Mitgliedschaften (z.B. Ehrenmitglieder) beschließt die Mitgliederversammlung.



§ 5 Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft ist freiwillig und steht jeder der nachstehend bezeichneten natürlichen oder juristischen Person frei, die bereit sind, den Verein entsprechend den satzungsmäßigen Aufgaben zu unterstützen.
Juristische Personen (Gesellschaften, Vereinigungen etc.) können, sofern sie tatkräftig die Ziele des Vereins unterstützen wollen, auch als fördernde Mitglieder dem Verein beitreten.
Als Ehrenmitglieder können natürliche oder juristische Personen aufgenommen werden, die bereit sind, den Verein entsprechend den satzungsmäßigen Aufgaben zu unterstützen.
Personen, die sich um die Ziele des Vereins besonders verdient gemacht haben, können zu Ehrenmitgliedern ernannt werden. Die Ernennung von Ehrenmitgliedern erfolgt durch den Vorstand, muss aber auch von der Mitgliederversammlung bestätigt werden.
Die Ehrenmitglieder sind von der Zahlung der Mitgliedsbeiträge befreit.
Die Aufnahme oder Ablehnung entscheidet auf schriftlichen Antrag hin der Vorstand des Vereins. Die Entscheidung wird schriftlich bestätigt.

§ 6 Ausschluss aus der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft erlischt durch Austritt, Ausschluss oder Tod. Der freiwillige Austritt muss schriftlich gegenüber dem Vorstand erklärt werden und ist jederzeit möglich. Die Verpflichtung zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages erlischt erst nach Ablauf des Geschäftsjahres, in dem die Mitgliedschaft endet.
Ein Mitglied kann durch Beschluss des Vorstandes mit einfacher Mehrheit ausgeschlossen werden bei:
• Satzungsverletzungen
• Verstoß gegen die Vereinsinteressen
• Bei Nichtzahlung des Mitgliedsbeitrages nach wiederholter, erfolgloser Mahnung
Das betroffene Vereinsmitglied ist von der Entscheidung des Vorstandes in Kenntnis zu setzen. Das Vereinsmitglied kann gegen den Beschluss des Vorstandes innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme schriftlich Einspruch beim Vorstand und Aufsichtsrat einlegen. Über den Einspruch entscheidet die nächste Mitgliederversammlung. Solange ruht die Mitgliedschaft.

§ 7 Rechte und Pflichten der Mitglieder

Jedes Mitglied hat das Recht, sich an den Mitgliederversammlungen zu beteiligen. Es kann in jedes Vereinsorgan gewählt und in jedes Ehrenamt berufen werden. Voraussetzung hierfür ist allein seine Eignung.

§ 8 Organe des Vereins

Organe des Vereins sind:
a. die Mitgliederversammlung
b. der Vorstand
c. der Aufsichtsrat
d. der wissenschaftliche Beirat

§ 9 Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ des Vereins. An ihr können nur Mitglieder des Vereins teilnehmen. Jedes Mitglied verfügt über eine Stimme.
Es finden ordentliche und außerordentliche Mitgliederversammlungen statt. Die Einberufung erfolgt durch den Vorstand durch schriftliche Einladung aller Mitglieder unter Bekanntgabe der Tagesordnung, Zwischen Absendung der Einladung und dem Tag der Mitgliederversammlung muss eine Frist von mindestens 28 Tagen liegen. Liegen Entscheidungen von besonderer Eilbedürftigkeit vor, so kann die Frist z.B. im Falle einer außerordentlichen Mitgliederversammlung auch lediglich 14 Tage betragen. Über die Eilbedürftigkeit entscheidet der Vorstand.
Die ordentliche Mitgliederversammlung findet jährlich statt. Die Tagesordnung wird vom Vorstand vorbereitet. Empfehlungen des Aufsichtsrates sowie der Mitglieder sind zu berücksichtigen.
Der Vorstand kann nach Bedarf eine außerordentliche Mitgliederversammlung unter Wahrung der in Punkt 2 dieses Paragraphen genannten Frist und Form einberufen. Eine solche ist auch dann einzuberufen, wenn
• 1/3 der Mitglieder oder auch wenn
• 1/5 der Mitglieder und der Aufsichtsrat gemeinsam unter Angabe des Zweckes und der Gründe dies schriftlich beim Vorstand beantragen.
Eine ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung ist ohne Rücksicht auf die Anzahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig.
Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der

erschienenen Mitglieder gefasst.
Die Mitgliederversammlung wählt unter den Mitgliedern eine Versammlungsleitung, die sich zusammensetzt aus:
- einem Versammlungsleiter,
- einem stellvertretenden Versammlungsleiter,
- zwei Protokollführer.

Über die Mitgliederversammlung ist eine Niederschrift anzufertigen, die von dem Versammlungsleiter, stellv. Versammlungsleiter und beiden Protokollführern zu unterzeichnen ist.
Die Mitgliederversammlung hat folgende Aufgaben:
a. Die Neuwahl des Vorstandsvorsitzenden,
b. die Neuwahl der Vorstandsmitglieder (stellvertretender Vorsitzender, Kassenwart, Schriftführer, andere Beisitzer des Vorstandes),
c. die Neuwahl des Aufsichtsrates,
d. die Bestätigung der vom Vorstand vorgeschlagenen Ehrenmitglieder bzw. Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates,
e. die Entgegennahme des Tätigkeits- und Rechenschaftsberichtes des Vorstandes und des Aufsichtsrates sowie deren Entlastung,
f. die Festsetzung der Richtlinien für den Vorstand,
g. die Festsetzung des Mitgliedsbeitrages und des Fälligkeitstermins,
h. die Beschlussfassung über einen Ausschlussantrag,
i. die Beschlussfassung über sämtliche von Mitgliedern eingereichten Anträge,
j. die Beschlussfassung über die Satzung und über Satzungsänderungen,
k. die Beschlussfassung über die Auflösung des Vereins.

§ 10 Der Vorstand

Der Vorstand besteht aus:
- dem Vorsitzenden ('erster Vorsitzender')
- dem stellvertretenden Vorsitzenden ('zweiter Vorsitzender')
- dem Kassenwart
- dem Schriftführer
- sowie bis zu sechs Beisitzern und zwei Ersatzmitgliedern

Vorstand im Sinne des § 26 BGB sind der erste oder zweite Vorsitzende jeweils in Gemeinschaft mit einem weiteren Vorstandsmitglied.
Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte und verwaltet die Finanzen des Vereins.
Der Vorstand wird von der Mitgliederversammlung aus den anwesenden ordentlichen Mitgliedern für die Dauer von drei Jahren gewählt und bleibt bis zur Neuwahl im Amt. Die Wiederwahl ist zulässig. Scheidet ein Vorstandsmitglied vorzeitig aus, rückt der nächste Ersatzmann nach.
Für die Neuwahl des ersten Vorsitzenden wird in der ersten bzw. zweiten Wahlrunde eine Mehrheit von 2/3 der abgegebenen Stimmen benötigt. In der dritten und letzten Runde reicht die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen aus.
Für die Wahl der anderen Vorstandsmitglieder wird die Mehrheit der abgegebenen Stimmen benötigt. Sie können getrennt oder zusammen gewählt werden, Listenwahl ist zulässig.
Wenn ein Mitglied des Vereins an einer Mitgliederversammlung, bei der eine Vorstandswahl stattfindet, aus triftigen Gründen nicht anwesend sein kann, so ist trotz Abwesenheit bei schriftlich erklärter Bereitschaft eine Wahl zulässig. Die Wahl muss im Nachhinein schriftlich angenommen werden.
Die Vorstandssitzungen werden vom Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter einberufen.
Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn der erste Vorsitzende oder sein Vertreter und mind. die Hälfte der gewählten Vorstandsmitglieder anwesend sind.
Jedes Vorstandsmitglied hat eine Stimme. Die Beschlüsse des Vorstandes werden mit einfacher Mehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende.
Es ist ein Ergebnisprotokoll zu fertigen; die Beschlüsse sind darin festzuhalten.
Der Vorstand kann Arbeitskreise je nach Bedarf bilden

§ 11 Der Aufsichtsrat

Der Aufsichtsrat besteht aus zwei gleichberechtigten Mitgliedern und einem Ersatzmitglied.
Der Aufsichtsrat wird von der Mitgliederversammlung mit einfacher Mehrheit für drei Jahre gewählt und bleibt bis zur Neuwahl im Amt. Die Wiederwahl ist zulässig.
Mitglieder des Aufsichtsrates dürfen keinem anderen Organ des Vereins angehören.
Aufsichtsratsmitglieder können an den Vorstandssitzungen teilnehmen.

Der Aufsichtsrat hat folgende Aufgaben:
a. Überprüfung der Satzungsmäßigkeit von Vorstandsbeschlüssen,
b. Überwachung der Vereinsbuchhaltung,
c. Kontrolle der Bilanz und Jahresrechnung,
d. Vorlage eines Revisionsberichtes an die Mitgliederversammlung,

§ 12 Der wissenschaftliche Beirat

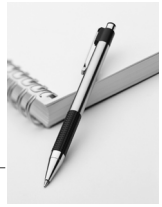
Der wissenschaftliche Beirat berät den Vorstand in technisch - wissenschaftlichen Angelegenheiten des Vereins.
Der wissenschaftliche Beirat besteht aus Persönlichkeiten, die vom Vorstand ernannt und von der Mitgliederversammlung bestätigt werden. Sie werden für die Dauer von 3 Jahren berufen. Wiederberufung ist zulässig.
Die Anzahl der Beiratsmitglieder ist dem Vorstand überlassen.
Der wissenschaftliche Beirat tritt zweimal im Jahr zusammen. Die Einberufung erfolgt auf schriftliche Einladung durch den Vorstand.

§ 13 Satzungsänderung

Änderungen dieser Satzung können nur durch eine 3/4 Mehrheit der abgegebenen Stimmen in der Mitgliederversammlung bewirkt werden. Ein entsprechender Antrag muss in der Einladung zur Mitgliederversammlung enthalten sein.

§ 14 Auflösung des Vereins

Die Auflösung des Vereins kann nur durch eine 3/4 Mehrheit der abgegebenen Stimmen in der Mitgliederversammlung bewirkt werden. Dieser Antrag muss in der Einladung zur Mitgliederversammlung enthalten sein.
Bei Auflösung des Vereins darf das Vermögen nur an einen Verein, dessen Ziel ebenfalls die Förderung der Zusammenarbeit von deutschen und türkischen Fachkräften auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychologie und verwandten medizinischen Gebieten ist, übertragen werden.
Dafür ist auch eine notarielle Bestätigung notwendig.

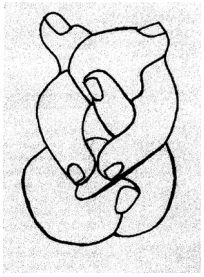


Die 12 Sonnenberger Leitlinien

zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland

Die **„12 Sonnenberger Leitlinien"** bilden die Grundlage für eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft.
Die TeilnehmerInnen der Fachtagung zur Migration vom 8.11.-10.11.2002 im Internationalen Haus Sonnenberg/Oberharz formulierten und verabschiedeten diese Leitlinien, damit sie den Fachgesellschaften auf den Gebieten der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Nervenheilkunde und ihren Mitgliedern zur Orientierung und Umsetzung dienen können.

Die Rahmenbedingungen für die Integration psychisch kranker MigrantInnen bilden die europäische Einwanderungspolitik, das deutsche Zuwanderungsgesetz und die Politik der interkulturellen Öffnung im deutschen Gesundheitswesen. In einem Land mit gesetzlich geregelter Zuwanderung wie der Bundesrepublik Deutschland geht es nicht um die einseitige Anpassung der Migrantenpopulation an das Gesundheitssystem, sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems in allen seinen Bereichen, wie z.B. im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der Migrantenpopulation. Es geht dabei um einen wechselseitigen Prozess des Kompetenzzuwaches und der Vertrauensbildung mit dem Ziel, MigrantInnen mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische.



Dafür bestehen in der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie unter historischen und Gegenwartsaspekten gute Voraussetzungen. Emil Kraepelins bahnbrechende Untersuchungen zur Frage der kulturübergreifenden Anwendbarkeit psychiatrischer Klassifikationssysteme bildeten den Beginn der transkulturell-psychiatrischen Forschung in Deutschland und waren Ausgangspunkt für die heute weltweit verbreiteten diagnostischen Systeme ICD-10 und DSM IV. Deutschsprachige Ethnopsychoanalytiker wie Parin, Morgenthaler, Erdheim u.a. gaben der kulturübergreifenden analytischen Forschung und Theoriebildung wesentliche Impulse. Deutsche PsychiaterInnen wirkten in Entwicklungsländern am Aufbau der psychiatrischen Versorgung, der studentischen Lehre, in der Aus- und Weiterbildung von Fachärztinnen/Ärzten sowie bei der Gründung psychiatrischer Fachgesellschaften federführend mit. Insbesondere im letzten Jahrzehnt hat es zahlreiche ermutigende Initiativen zur Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland auf der Ebene der Kommunen, der Länder sowie des Bundes gegeben. Die migrationsbezogenen Spezialdienste kirchlicher und karitativer Organisationen haben dazu hilfreiche Vorarbeit geleistet. Die Bedeutung der Versorgung psychisch kranker MigrantInnen ist von den unterzeichnenden und weiteren Fachgesellschaften und Institutionen auf wissenschaftlichen Kongressen und Weiterbildungstagungen zum Thema gemacht worden. Die Migrationsforschung hat sich dadurch intensiviert und qualitativ erheblich verbessert. Zahlreiche deutsche und internationale Publikationen geben dafür eindrucksvolle Beispiele.

Als Ergebnis dieser Entwicklung ist die Bedeutung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen zunehmend in das Bewusstsein einer breiteren Fach- und gesellschaftlichen Öffentlichkeit gedrungen. Diese Tatsache ist eine gute Voraussetzung dafür, mit einer nationalen Initiative durch die führenden Fachgesellschaften in Deutschland eine grundlegende Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen.

Die 12 Sonnenberger Leitlinien

1. Erleichterung des Zugangs zur der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.
2. Bildung multikultureller Behandlerteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren 'Face-to-Face' oder als TelefondolmetscherInnen.
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie Allgemeinärztinnen/Ärzte.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung.
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- und Sozialrecht.

11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung.

Die auf den Gebieten der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Nervenheilkunde tätigen Fachgesellschaften werden aufgerufen, sich die Qualitätsstandards der **'12 Sonnenberger Leitlinien'** zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen mit psychischen Störungen in Deutschland zu eigen zu machen. Sie werden weiter dazu aufgerufen, ihre Mitglieder zu motivieren, diese in der Krankenversorgung, in der studentischen Lehre, in der Ausbildung von Fachärztinnen/Ärzten, in der Fortbildung aller in der Psychiatrie und Psychotherapie und der Allgemeinmedizin tätigen Berufsgruppen und in der Forschung zur Verbesserung der seelischen Gesundheit und gesellschaftlichen Integration von MigrantInnen durchzusetzen.

• Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
• Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP)
• Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover
• Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Hannover

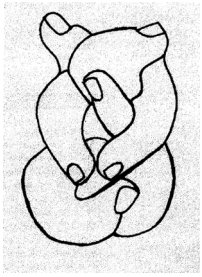
Prof. Dr. Wielant Machleidt (Kontaktadresse)
Leiter des Referats für Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN
Direktor der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie,
Medizinische Hochschule Hannover,
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover,
Tel. +49 511 532 6616, Fax +49 511 532 2408
E-Mail:machleidt.wielant@mh-hannover.de

Almanya'da Yaflayan Göçmenlere Yönelik Psikiyatrik ve Psikoterapötik Hizmetlere Iliflkin 12 Sonnenberg Kararlar ı

"12 Sonnenberg Kararı" Alman toplumunda yaflayan ve ruhsal rahatsızlıkları bulunan göçmenlere yönelik psikiyatrik-psikoterapötik hizmetlerin iyilefltirilmesini ve bu göçmenlerin Alman toplumuna entegrasyonunu amaçlayan ulusal bir giriflimin temelini oluflturmaktadır. Bu kararlar 8.11.-10.11.02 tarihleri arasında Sonnenberg /Oberharz'daki uluslar arası çaliflma grubunun tesisleruinde gerçeklefltirilen Göç ana temalı toplantıda belirlenmifl ve yazılı hale getirilerek onaylanmıfltır. Amaç, Psikiyatri, Psikoterapi ve Nöröpsikiyatri alanlarında çalıflan meslek kuruluflları ve bu kururlufların üyelerinin yönlendirilmeleri ve gerekli de¤iflimleri gerçeklefltirmelerine yardımcı olmaktır.

Ruhsal rahatsızılıkları bulunan göçmenlerin entegrasyonu Avrupa göç politikaları Göç Yasası ve Alman sa¤lık sisteminin kültürlerarası açılımı çerçevesinde düzenlenmektedir. Almanya gibi, göç alması yasalarla düzenlenmifl bir ülkede, göçmen nüfusun mevcut sa¤lık sistemine tek yanlı uvumu söz konusu olamaz. Sistemin tümüyle yeni nitelikler kazanması ve bu konulara açıklıkla yaklaflması gerekmektedir. Örne¤in, psikiyatrik- psikoterapötik hizmetler alanında bu açılım ve nitelik geliflimi göçmen nüfusun gereksinimlerini ve psiko-hijyenik taleplerini karflılayacak do¤rultuda olmalıdır.Buradaki amaç sistemin yetinlikleri ile hizmet alanların güven duygularının karflılıklı olarak pekiflmesi ve göçmenlere sunulan hizmetlerde kalite ve bafları oranının yerli halka sunulan hizmetlerdeki kadar yüksek düzeye çekilmesidir.

Alman Psikiyatrisi ve Psikoterapisi tarihsel ve güncel özellikleriyle bu amaca oldukça yatkındır.



Emil Kraeplin'in psikiyatrik sınıflama sistemlerinin kültürlerüstü kullanımına iliflkin çı¤ır açan çalıflmaları Almanya'daki transkültürel psikiyatri arafltırmalarının bafllangıcını ve bugün dünya çapinda kullanılan ICD 10 ve DSM IV tanı sistemlerinin çıkıfl noktasını olusturmustur. Parin, Morgenthaler, Erdheim vb. Alman kökenli antropolojik psikanaliz uzmanları kültürler-aflırı psikoanalit arafltırmalar ve kuramsal geliflime önemli katkılarda bulunmufllardır. Alman psikiyatristler geliflmekte olan ülkelerde psikiyatrik hizmet kurumlarının oluflması, tip e¤itimi ve uzman yetifltirmede ve psikiyatri derneklerinin kuruleflunda etkin rol oynamifllardır. Özellikle son on yılda alman psikiyatri-psikoterapi hizmetler sektörünün belediyeler, eyaletler ve federal düzeyde açılımı için pek çok umut verici giriflimde bulunulmufltur. Kilise ve Karitas örgütlerinin göçe iliflkin özel hizmetleri de bu giriflimler için ön hazırlık oluflturmufltur. Ruhsal rahatsızlıkları olan göçmenlere sunulan hizmetlerin önemi, aralarında bu belgeyi imzalayanların da bulundu¤u mesleki dernekler ve kuruluflar tarafından düzenlenen kongreler ve hizmet içi e¤itim toplantılarında konu edilmifltir. Bu sayede göçe iliflkin arafltırmalar önemli ölçüde yo¤unlaflmıfl ve nitelik kazanmıfltır. Bu geliflmelerin çarpıcı örneklerini oluflturan çok sayıda Almanca ve uluslar arası yayın yapılmıfltır.

Bu geliflmenin sonucu olarak, göçmenlere sunulan psikiyatrik-psikoterapötik hizmetlerin önemi giderek daha genifl bir uzmanlar çevresinin ve kamuoyunun bilincinde yerleflmifltir. Bu olgudan hareketle ve Almanya'nın önde gelen meslek kuruluflları eliyle gerçeklefltirilecek bir ulusal giriflim, ruhsal sorunları olan göçmenlere sunulan psikiyatrik-psikoterapötik hizmetlerde köklü bir düzelme sa¤layacaktır.

12 Sonnenberger Kararları

1. Psikiyatrik-psikoterapötik ve genel tıbbi hizmetlere eriflimin düflük efliklilik, kültüre duyarlıklık ve kültürel yetkinlik aracılı¤ı ile kolaylafltırılması.
2. Psikiyatri ve psikoterapi alanlarında çalıflan tüm meslek gruplarının dahil oldu¤u çok kültürlü sa¤altım ekiplerinin kurulması ve bu ba¤lamda göç deneyimi olan ve dil konusunda yetkin meslektafllara öncelik verilmesi.
3. Psikoloji e¤itimi görmüfl ve bu konudaki çevirilerde uzmanlaflmıfl kiflilerin yüz yüze ya da telefonda görüflmeler için sertifikalı çevirmen ve kültürel aracı alarak devreye sokulması.
4. Bölgesel Sosyal psikiyatri Birli¤i çerçevesindeki temel hizmetler ile pratisyen hekimlerin sundukları hizmetlerin göçe iliflkin, sosyal ya da di¤er uzmanlaflmıs hizmeterle ve çeflitli göçmen grupları, örgütleri ve birliklerinin anahtar kiflileriyle iflbirli¤inin sa¤lanması. Özel tedavi gereksinimleri, özel düzenlemeleri gerekli kılabilir.
5. Psikiyatri ve psikoterapi ile u¤raflan tüm meslek gruplarının, hizmet örgütlerine iliflkin planlama ve kurulufl çalısmaları içerisinde hizmetten yararlananlar ve yakınlarının da yer almasına açık olması.
6. Bölgesel toplum psikiyatrisi üniteleri ile çevredeki klinik ve poliklinik hizmetlerine ve serbest çalıflan psikiyatristler, psikoterapistler ve pratisyen hekimlere iliflkin do¤ru ve geçerli bilgilerin yayılmasını sa¤lamak için ana dilde iletiflim kanallarından ve bu bilgileri yayabilecek aracı kiflilerden yararlanılması.
7. Psikiyatri, psikoterapi ve genel tıp alanlarında çalıflan de¤iflik meslek gruplarına mensup kifliler için Transkültürel Psikiyatri ve Psikoterapi konularında e¤itim, uzmanlık ve mezuniyet sonrasi e¤itim programlarının gelifltirilmesi ve bu programlara yabancı dil ö¤reniminin de dahil edilmesi.
8. Göçen ailelerin çocukları ve gençleri için aile temelli birincil ve ikincil koruyucu stratejilerin üretilmesi veya yeniden düzenlenmesi.
9. Profesyonel destek alan ve almayan kendi kendine yardım gruplarının oluflumunun desteklenmesi.
10. Ceza hukuku, medeni hukuk ve sosyal haklar alanında göçmelere sunulan bilirkifli hizmetlerinin kalite standartlarının denetlenmesi.
11. Transkültürel Psikiyatri ve Psikoterapi'nin üniversite müfredatında yer almasının sa¤lanması.
12. Göçmenlerin ruh sa¤lı¤ı ve ruhsal sa¤altım iliflkin arafltırma projelerinin desteklenmesi.

Psikiyatri, Psikoterapi ve Nöropsikiyatri alanlarında çalıflan meslek kuruluflarını Almanya'da yaflayan göçmenlere sunulan psikiyatrik-

psikoterapötik hizmetlerin iyilefltirilmesi yolunda, Sonnenberg ilkelerinin öngördü¤ü kalite standatlarını benimsemeye davet ediyoruz. Aynı kurulufların, üyelerini bu ilkeleri sa¤lık hizmetlerinde ö¤rencilerin e¤itiminde, tıbbi uzmanlık e¤itim programlarında, psikiyatri, psikoterapi, genel tıp alanlarında görev yapan tüm meslek gruplarının meslek içi e¤itimlerinde ve göçmenlerin ruh sa¤lı¤ını düzeltmeyi ve toplumla bütünleflmelerini amaçlayan arafltırmalarda hayata geçirmek üzere teflvik etmelerini bekliyoruz.

• Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Nöropsikiyatri Derne¤i (DGPPN) Transkültürel Psikiyatri Sözcüsü
• Türk-Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Psikososyal Sa¤lık Derne¤i (TAP-DER;DTGPP)
• Hannover Tıp Fakültesi, Sosyal Psikiyatri ve Psikoterapi Bölümü
• Etno-tıp Merkezi, Hannover

Prof. Dr. Wielant Machleidt (iletiflim adresi)
Hannover Tıp Fakültesi Sosyal Psikiyatri ve Psikoterapi Bölüm Baflkanı
Carl-Neuberg-Strasse 1, 30625 Hannover, Tel. +49 511 532 6616, Fax +49 511
532 2408
e-posta: machleidt.wielant@mh-hannover.de

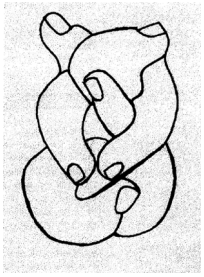
Übersetzung: Inci User

Tagungsbericht

"Wie können Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme integriert werden?"

In der Zeit vom 8. - 10. November 2002 fand die Fachtagung unter dem oben genannten Thema statt.
Veranstalter waren:
- Referat Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft zur Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN),
- Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP),
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ) in Hannover,
- Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie und
- Internationales Haus Sonnenberg in St. Andreasberg / Oberharz

Den Tagungsvorsitz hatte Prof. Dr. Wielant Machleidt, Leiter des Referates Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN und Direktor der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der MHH in Hannover.
Zusammen mit der Vorbereitungsgruppe bestehend aus Dr. Iris Tatjana Calliess, MHH, Gerd Meister, Internationales Tagungszentrum Sonnenberg e.V., Braunschweig, Ramazan Salman, Ethno-Medizin. Zentrum e.V. , Hannover, und Dr. Meryam Schouler-Ocak, DTGPP und LKH Hildesheim, gelang es, hochkarätige Vertreter der Psychiatrie, die sich mit Themen der Migrationspsychiatrie bzw. Transkulturelle Psychiatrie befassen, aus dem In- und Ausland als Referenten und Arbeitsgruppenleiter zu gewinnen.



Durch die Förderung der Ausländerbeauftrage Niedersachsen konnten die Tagungsgebühren niedrig gehalten werden.
Ein weiterer hervorzuhebender Punkt war die Fortbildungsanerkennung. Die Veranstaltung wurde von der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen im Rahmen der freiwilligen Zertifizierung mit 13 Fortbildungspunkten anerkannt und war AiP-geeignet.

Mit knapp 120 Teilnehmern war die Tagung sehr gut besucht und die Kapazitätsgrenze des Tagungszentrums war erreicht. Die Tagung fand in einer angenehm - vertrauten und lockeren Atmosphäre statt. Durch den frühen Einbruch des Winters verwandelte sich Sonnenberg quasi in Schneeberg, Exkursionen in die Umgebung waren fast nicht möglich. So hatte die Tagungsgesellschaft die Möglichkeit, unter sich zu bleiben und diese Gelegenheit für regen fachlichen und persönlichen Austausch zu nutzen.
Inhaltlich wurden schwerpunktmäßig Vorträge zu Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie in Deutschland, internationale Perspektiven, Integration von Migranten in das psychiatrische Versorgungssysteme in Nachbarländer wie Dänemark, Niederlande und Frankreich, kulturelle Aspekte der Diagnostik psychischer Störungen, stationäre Psychotherapie von Migranten und die Zusammenarbeit mit einweisenden Ärzten, Suchtverhalten und Behandlungsmotivation bei Migranten, Integration psychotraumatisierter Migranten in stationäre Behandlungssettings, Krisen bei Jugendlichen in Zuwandererfamilien und familiäre Bewältigungsstrategien, psychisch kranke Migranten im Massregelvollzug, Migranten aus der GUS u. a. gehalten unter Berücksichtigung der Tagungsthematik.

In den Arbeitsgruppen mit den Titeln interkulturelle Kompetenz, psychiatrische Versorgungssysteme, sprachliche Aspekte und Dolmetschereinsatz, Gestaltung stationär-psychotherapeutischer Settings, transkulturelle Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Suchtverhalten bei Migranten wurde das Tagungsthema erörtert und entsprechende Vorschläge wurden erarbeitet und im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Spürbar ging eine Aufbruchstimmung durch die Reihen, die die Teilnehmer in ihrer gemeinsamen Zielorientierung näher brachte, zu neuen Taten motivierte und in der Formulierung und Verabschiedung der **„Sonnenberger Leitlinien"** mündete.
Auf die Inhalte der einzelnen Vorträge und Arbeitsgruppen sei an dieser Stelle nicht eingegangen, vielmehr möchte ich auf die 12 Sonnenberger Leitlinien, die an anderer Stelle des Rundbriefes abgedruckt sind, und von den Teilnehmern der Tagung formuliert und im Plenum verabschiedet wurden, hinweisen. Diese Leitlinien bilden die gemeinsamen Ergebnisse der Veranstalter, Referenten, Arbeitsgruppen und Teilnehmer. Sie sind übersetzt in die türkische Sprache auch in diesem Rundbrief enthalten. Prof. Dr. Max Schmauss, Vorsitzender der DGPPN, der bei der Tagung Begrüßungsworte sprach und Vorsitz hatte, veranlasste, dass die 12 Sonnenberger Leitlinien im Nervenarzt, Ausgabe Dezember 2002, abgedruckt werden.

Die Beiträge dieser Fachtagung werden im Frühjahr 2003 in einer Buchpublikation veröffentlicht werden.
Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen, die zum guten Gelingen und Erfolg dieser Fachtagung beigetragen haben, für die sehr gute Zusammenarbeit ganz herzlich bedanken und meinen Bericht mit dem Aufruf, sich diese Leitlinien zu eigen zu machen, abschliessen.

Meryam Schouler-Ocak

Tagungsbericht

XI. Anatolische Psychiatrietage
in Adana 5. - 8. Juni 2002 in der Türkei

Die DTGPP hat auch in diesem Jahr wieder aktiv an den **XI. Anatolischen Psychiatrietagen** in der Türkei teilgenommen. Veranstalter waren dieses Jahr die Abteilung für Psychiatrie der Medizinischen Fakultät an der Cukurova Universität in Adana und die Türkische Psychiatriegesellschaft. Ort der Tagung war Cukurova Universität in Adana, inmitten eines sehr schön angelegten Kampusgeländes, eines der größten in der Türkei.

Themen der Fachtagung waren u. a. neben klassischen Psychiatriethemen wie Sucht, Schizophrenie, Psychotherapie auch Einblicke in psychosoziale Problemfelder von MigrantInnen im Rahmen von Mischehen in der Türkei. Es überraschte nicht, dass die Situation der nichteinheimischen Partnern mit ähnlichen Konflikten wie z.B. in Mischehen in Deutschland konfrontiert sind.

Die DTGPP war in Adana vertreten zu dem Thema **„Psychiatrische Versorgung in Deutschland: Türkische MigrantInnen im Spannungsfeld im Dreieck von Klinik, ambulanter Behandlung und komplementärer Einrichtungen“**.
Unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Yunus Emre Evlice, Vorstandsmitglied der DTGPP aus der Türkei und Professor für Psychiatrie an der Cukurova Universität in Adana, wurde zu dem genannten Thema ein Panel gestaltet.
Einleitend gab Marianne Röhl einen Überblick über die geschichtliche und die aktuelle psychiatrische Entwicklung in Deutschland mit dem Hinweis auf zunehmende Finanzierungsschwierigkeiten im Gesundheitssektor. Hierzu schilderte sie den Reformierungsprozess u. a. mit drastischer Reduktion von Betten im Raum Hamburg.

Etem Ete ging auf die ambulante Behandlung von türkischen MigrantInnen ein und verdeutlichte, dass es sich hier um eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Anliegen handelt. Er wies darauf hin, dass dementsprechend ihre Behandlung sich sehr schwierig gestaltet und nach wie vor defizitär ist. Mit Ausführungen aus der Transkulturellen Psychiatrie untermalte er seine Anmerkungen.

Meryam Schouler-Ocak ging ein auf die Versorgung im stationären Bereich. Sie hob hervor, dass einige Kliniken, vorwiegend psychosomatisch - und internistisch - rehabilitative Kliniken und nur zwei psychiatrische Akutkliniken, ein spezielles Therapiekonzept für ethnische Minderheiten bereitstellen. In ihren Ausführungen machte sie deutlich, dass die Entwicklung im stationären Setting eher in Richtung Integration von MigrantInnen - aus welcher Herkunft auch immer - in die bestehenden psychiatrischen Versorgungseinrichtungen geht. Voraussetzung sei selbstverständlich u. a. die interkulturelle Öffnung dieser Einrichtungen.

Cenk Kolcu stellte als ein Beispiel für den komplementären Bereich das Beratungszentrum Altona in Hamburg vor, in dem ein interkulturelles Team Hilfestellungen, Beratungen und Therapien z. T. auch in der Muttersprache anbietet. Die Inanspruchnahme dieser Beratungsstelle wurde als sehr gut bezeichnet. Die MigrantInnen suchen mit unterschiedlichen Anliegen das Beratungszentrum auf. Herr Kolcu ergänzte, dass solche komplementären Einrichtungen ein wichtiges Baustein bei der Integration der MigratInnen in die Hilfssysteme darstellen.

Meryam Schouler-Ocak

Artikel

Migranten aus GUS

Jurij Novikov

Probleme der Integration und der psychiatrischen Behandlung
diesseits und jenseits der Therapie

Zusammenfassung

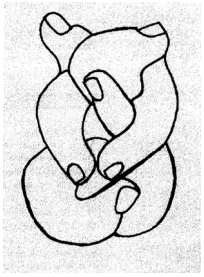
Es sind die einzelnen Charakteristika des Prä-Emigrations-Lebens, einschließlich der Motivation zur Auswanderung, dargestellt. Ausführlich sind die verschiedenen Aspekte der Integration der russischsprachigen Migranten vorgestellt. Auf die Mängel der ambulanten psychiatrischen Behandlung dieser Bevölkerung wird hingewiesen. Die aktuelle Rechtssprechung zu dem Problem der medizinischen Versorgung nicht-deutschsprachiger Population wird an einem konkreten Beispiel erörtert.

Nach dem Ende des kalten Krieges hat sich die geopolitische Lage der ehemaligen UdSSR radikal gewandelt. Die sozialen und ökonomischen Veränderungen haben zu einer Art Amputation des Alten ohne ausreichende Vorbereitung der Transplantation des Neuen geführt. Die noch nicht soziale und unvollkommene Marktwirtschaft in der jetzigen Zeit ihrer Entstehung wird von einem großen Teil der Bevölkerung nicht angenommen. Fast 80 % der russischen Bevölkerung war 1998 der Meinung, dass die Marktwirtschaft ins Chaos führt und Zukunftsangst bereitet [2.] **Die Armut ist im vergangenen Jahrzehnt in der Gemeinschaft der unabhängigen Staaten (GUS) um mehr als das Zehnfache gestiegen.** Die Zahl der Menschen, die jetzt unter der offiziellen Armutsgrenze leben, liegt z.B. bei 50% in Russland, mehr als 60% in Ukraina, Turkmenistan, Kasachstan, Moldawia.

Folgende Emigrationsgründe für die russischsprachige Bevölkerung unter Beachtung der oben genannten Umstände werden zurzeit unterschieden: nachgewiesene deutsche Abstammung (sogenannte Spätaussiedler), jüdische Abstammung (sogenannte Kontingent-Flüchtlinge), Kriege bzw. militärische Intervention, wirtschaftliche Lage inklusive medizinische Versorgung.

Unter Berücksichtigung des oben Erwähnten und folgender Angaben zu psychischen Störungen in der russischen Föderation, wie: durchschnittlich 42 Suizide auf 100.000 der Bevölkerung; in den Ballungszentren teilweise mehr als 150 Suizide auf 100.000; (in Deutschland zuletzt 18 Suizide auf 100.000); Zuwachs der Alkoholpsychosen innerhalb der letzten 10 Jahre um ca. 300%, Zuwachs der Drogenabhängigkeit in demselben Zeitraum um fast 600%, ist das H i n a u s w e h, der Wunsch nach der Emigration verständlich d(die erwähnten statistischen Daten sind den Mitteilungen des XIII. Kongresses der Russischen Psychiatrischen Gesellschaft in Moskau, Oktober 2000 entnommen).

In Russland sind jetzt gesellschaftliche Kräfte und Traditionen am Werk, die sich radikal von europäischen und nordamerikanischen Mustern unterscheiden. Das gilt vor allem für den erneut wachsenden Einfluss der orthodoxen Kirche. Das Christentum wurde in Russland nicht im römischen Geiste, sondern nach den byzantinischen Überlieferungen verbreitet. Die russische orthodoxe Kirche und ihre hauptsächliche auf starre epische Rituale konzentrierte Tradition erklären zum Teil die oft beschriebene Duldsamkeit und Passivität der russischen Bevölkerung gegenüber früheren und jetzigen Obrigkeiten. Zu den aktuellen Schwächen Russlands zählt sicherlich die bisher nur rudimentär gebliebene Auseinandersetzung mit



den Verletzungen der Menschenrechte und den gesellschaftlichen Verformungen der sowjetischen Vergangenheit. Eine Bewältigung dieser totalitären Vergangenheit ist nicht in Gang gekommen: dem pervertierten Kommunismus stalinistischer Prägung wird wohl kein Prozess gemacht werden.
Das genuine Insider-Wissen über die geopolitischen und sozialpsychologischen Besonderheiten der GUS-Bevölkerung, die langjährige Betreuung und psychiatrische Behandlung der russischsprachigen Migranten in Hamburg lassen weitere Überlegungen zur Motivation der Emigration zu. Die gewaltsame Geschichte des 20. Jahrhunderts hat im kollektiven Bewusstsein der sogenannten sowjetischen Völker feste Vorurteile übereinander verankert, die die gegenseitige Verständigung bis heute blockieren. Um diese Blockaden zu überwinden, müssen die Völker ihre Erinnerungen und Erfahrungen austauschen. Kann die Angst vor der Erinnerung an die totalitäre Gesellschaft und an das unmittelbare, unheilvolle Leben in derselbigen Bereitschaft zu einer Emigration verstärken? Diese generalisierte Angststörung des gesamten sowjetischen Volkes unter dem totalitären System hat tiefe Spuren in die Psyche mehrerer Generationen eingegraben.

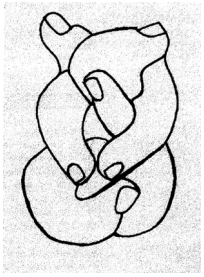
Der aufgesuchte und aufgefundene Raum der Demokratie ruft bei sehr vielen russischsprachigen Migranten eine unbezwingbare Beklemmung hervor. Man hat diese Menschen ihr ganzes Leben lang vor der Welt „da draußen“, vor der Freiheit sorgfältig beschützt, man hat sich wohl oder übel an diesen „Schutz“ gewöhnt, und nun fehlt er, und viele Migranten sehnen sich nach dem staatlichen Paternalismus zurück. Wie wird man dann anschlussfähig?

Was wissen Migranten über die Deutschen von heute? Was zeichnet die Deutschen aus? Kontrollierte Gefühle? Starke Leistung? Souveräner Genuss? Sind die Deutschen eine verspätete Nation? Möchten die Deutschen sich international politisch am liebsten raushalten; liberal, vornehmer, mediterraner, eleganter werden? Wie hinderlich ist das enorme Gepäck der Mentalität eines Homo sowjeticus? Welches Deutschland wollen die russischsprachigen Migranten mitgestalten? Was heißt es, ein guter Migrant zu sein? Schaffen die Migranten mit ihrer Übersiedlung eine neue Zwei-Klassen-Gesellschaft in dem aktuellen deutschen gesellschaftlichen Raum ? Von welchen Lebenserfahrungen und Feindbildern müssen sie sich verabschieden, um deutschlands- und zukunftsfähig zu werden? Wie entkommen sie der Denkgefangenschaft der sowjetischen, totalitären Vergangenheit mit ihrer kommunistischen Zwangsverbrüderung benachbarter Völker, die immer noch Menschen der post-sowjetischen Utopiegesellschaft fesselt; wie aber auch dem Terror des Marktes, der die marktnaiven Menschen im Westen wie im Osten belastet? Mit der Übersiedlung von über zwei Millionen der russischsprachigen Migranten nach Deutschland entstand eine veränderte ethnosoziale Situation, die der Bundesrepublik Deutschland eine neue Verantwortung aufbürdet - eine Rolle, auf die Deutschland noch nicht ausreichend vorbereitet ist. Eine gesellschaftspolitische Tradition, auf die man sich vorbehaltlos berufen könnte, gibt es nicht.
Lt. sozialpsychologischen Untersuchungen [1.] beobachtete man bei den russischsprachigen Migranten eine erfolgreiche Integration, wenn folgende Faktoren vorlagen:

- positive Bewertung „wir“ (Migranten) und „sie“ (Geberland-Bevölkerung)
- reale aktive Teilnahme am Leben des neuen ethnosozialen, geopolitischen Raumes
- primäre interaktionelle bzw. Gruppenfähigkeit des Einzelnen
- keine Repatriierungsabsichten

Erfolglose Integration wurde dann gesehen, wenn eine maximal positive Bewertung „wir“ (Migranten) und deutliche negative Bewertung „sie“ (Geberland-Bevölkerung) vorlag. Übernahme der negativen Erfahrungen aus dem neuen Ethnos, deutliche sozialpsychologische Distanz gegenüber dem neuen Ethnos (sogenannte Mentalitätsunterschiede); fehlende primäre, interaktionelle bzw. Gruppen-Fähigkeit; deutliche Repatriierungsabsichten wurden bei den Migranten mit missglückter Integration festgestellt.

Hohe Selbstwirksamkeit (i. S. von ausgeprägt selbstbewusstem Handeln), Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Sprachkenntnisse korrelieren mit einem geringeren Stresserleben und einem starken Coping bei der Stressbewältigung [3.,4.].



Es muss berücksichtigt werden, dass die deutschstämmige Bevölkerung aus der GUS [1.] nur zu 15% deutsch innerhalb der Familien spricht und dieser Sprache mächtig ist.
Der prozentuale Anteil der „selbstwirksamen" erwachsenen Migranten ist dagegen nicht bekannt, jedoch angesichts der paternalistischen Prägung der GUS-Bevölkerung ist zu erwarten, dass er gering ist. Die habituelle „Wir-Wirksamkeit" sowjetischer Prägung ist für die Integration hinderlich.

Mit der Zuwanderung von ca. 125.000 Juden, der sogenannten Kontingent-Flüchtlingen, aus der früheren Sowjetunion im letzten Dezennium entstanden beachtliche Integrationsprobleme.
Die Motive der jüdischen Aussiedler für die Emigration sind: Befürchtete Pogrome, gegen die sie eine geschwächte Staatsmacht in den Nachfolgeländern der SU nicht werde schützen können. Viele von diesen Migranten benötigen aufgrund ihres Alters und der fehlenden Sprachkenntnisse Begleitung in allen Lebensbereichen. Was die deutschen Kontaktpersonen am meisten erstaunt, ist die große Unselbstständigkeit der zugewanderten Juden. Sie mussten erst mühsam lernen, sich in ihrem Aufnahmeland zurechtzufinden, wo niemand sie bevormundete, und der Staat ihnen stattdessen die Initiative überließ. Bemerkenswert ist, dass 90% der jüdischen Neuankömmlinge keine Ahnung von Religion, von Riten und Bräuchen haben. Die religiöse Integration gilt daher als das bisher größte Problem. Viele Zuwanderer haben sich der neuen Situation angepasst, bei der Arbeitsplatzsuche Konzessionen gemacht. Nicht diese Jungen bereiten die Sorgen, sondern die Alten. Es ist für die über 50 Jahre alten Betroffenen eine große psychische Belastung, zu wissen, dass sie für den Rest des Lebens auf Sozialhilfe angewiesen bleiben. Staatliche Stellen helfen finanziell bei der Eingliederung. **Es gibt auch Integrationshindernisse, die nicht mit Geld zu überwinden sind. Immer wieder erweist sich die Sprachbarriere als besonders problematisch.**

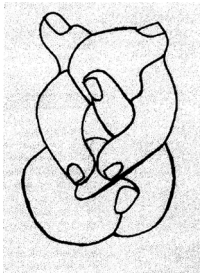
Die aufgezählten Merkmale des sogenannten Prä-Emigrations-Leben sind an einem gestörten adaptiven Integrationsprozess zweifelsohne beteiligt. Um entsprechende Programme zur effizienten Integration der russischsprachigen Migranten zu entwickeln, sollten prospektive sozial-epidemologische, sozialpsychologische, psychatrisch-psychotherapeutische Studien durchgeführt werden.
Der Weltärztebund hat im Oktober 1998 in Kanada, Ottawa, auf der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes **eine Entschließung zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen verabschiedet.** In dieser Entschließung ist u. a. enthalten, dass:

Punkt 1 „Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen, und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung noch die Pflicht des Arztes, zu helfen, einschränken;"

Punkt 2 „Ärzten genügend Zeit und ausreichende Ressourcen zugebilligt werden müssen, um den physischen und psychologischen Gesundheitszustand von Asylbewerbern beurteilen zu können."

Im Januar 2000 haben das Bundesministerium für Gesundheit, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und andere Institutionen die Arbeitsgruppe **„Armut und Gesundheit"** gegründet. Die Unterarbeitsgruppe dieses Organs **„Migration und Gesundheit"** stellte fest, **„die mangelnde sprachliche Verständigung ist eine wesentliche Zugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung"**, und hat folgendes empfohlen: „Der Erfolg von Integrationsbemühungen lässt sich daran messen, inwieweit ein gleicher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung realisiert ist und die Medizinangebote den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Migrantinnen und Migranten Rechnung tragen".

Die gesamte Arbeitsgruppe fordert interkulturelle Kompetenz bereits in der Aus-, Weiter- und Fortbildung des medizinischen Personals zu vermitteln, mehr muttersprachliches Personal einzustellen, ausländischen Ärzten und Psychotherapeuten die Erlaubnis zur Berufsausübung zu erleichtern, niedrigschwellige muttersprachliche Angebote zu erweitern, vermehrt multikulturelle Beratungen und Aufklärungsunterlagen anzubieten sowie vernetzte Dolmetscher-Zentralen einzurichten.



Im Widerspruch zu dem oben geschilderten ist der Stand der ambulanten psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung und Migranten im Bundesland Hamburg.

Hier die konkreten Angaben zum folgenden Sachverhalt:
Nach sechs Jahren der ambulanten Behandlung von russischsprachigen Migranten wurde durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg im Januar 2000 die Ermächtigung zur Ausübung dieser Tätigkeit einem Arzt nicht mehr erteilt. Aus der Begründung der Nichterteilung ist folgendes zu erwähnen:
Hingewiesen wurde auf die fehlenden aktuellen rechtlichen Voraussetzungen für eine Ermächtigung eines Krankenhausarzt, der muttersprachlich (in Russisch) die entsprechenden Migranten psychiatrisch versorgte. Laut der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg befand sich der Berufungsausschuss im Januar 2000 im Einklang mit der hochrichterlichen Rechtssprechung. So hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 10.05.1995 (1 RK 20/94 in BSG 76109) ausgeführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die Kosten eines Gebärdendolmetschers für die ambulante Untersuchung eines Patienten zu übernehmen, der an einer Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit leidet. Das gelte auch für die Kosten eines Dolmetschers (so schon Besprechungsergebnis der Krankenkassen-Spitzenverbände vom 23./24.08.1989 in Ers. K89,454). Das Landssozialgericht Hessen hat mit Urteil vom 31.05.2000 - L 7 KA 1415/99 - in einem Fall der Sonderbedarfszulassung eines türkisch sprechenden Internisten entschieden, dass der bessere Kontakt zu ausländischen Mitbürgern aufgrund der guten Sprachkenntnisse nach der Gesetzeslage keine Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgungsqualität in einem Planungsbereich habe. Gegen dieses Urteil wurde Revision zum Bundessozialgericht (B 6 KA 63/00) eingelegt.
Wenn nach diesen Entscheidungen bei Verständigungsschwierigkeiten kein Anspruch nach den §§ 27 und 28 SGB V auf Hinzuziehung eines Dolmetschers zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, kann auch die ambulante ärztliche (und wie der Berufungsausschuss auch für die psychotherapeutische Behandlung entschieden hat) Behandlung in einer anderen als der deutschen Sprache nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören, die nach den §§ 72 Abs. 2 und 75 SGB V von den dort genannten sicherzustellen ist und für die im Bedarfsfalle eine Ermächtigung nach §§ 31 Ärzte-ZV zu erteilen wäre. Es erscheint auch unrealistisch, im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der ärztlichen Versorgung einen Rechtsanspruch auf muttersprachliche Behandlung von Ausländern unter dem Gesichtspunkt der verfassungsrechtlich geschützten Gleichbehandlung aller Ausländer zu postulieren. Bei mehr als 100 in Hamburg vertretenen ausländischen Sprachen dürfte eine solche Forderung praktisch nicht zu realisieren sein.

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung darauf hingewiesen, dass hier keine insoweit auszufüllende Gesetzeslücke bestehe, da den für die Gesetzgebung Verantwortlichen vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes diese Problematik bekannt gewesen sei. Auch nach Inkrafttreten des SGB V im Jahr 1988 hätten sich die Lebensverhältnisse nicht so grundlegend geändert, dass deshalb das Entstehen einer Regelungslücke angenommen werden könnte.

Das für die muttersprachliche Behandlung von Ausländern ein Bedürfnis besteht, ist unbestritten, entscheidend ist aber, wer die Kosten hierfür zu tragen hat, ob dies die gesetzlichen Krankenkassen und damit die Solidargemeinschaft aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten sein soll oder aber, weil dies ein politisches und gesellschaftliches Anliegen ist, die Mittel hierfür von anderer Seite zur Verfügung gestellt werden müssen.
So die Ausführungen des Berufungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Der letzte Satz der oben geschilderten Begründung kann auch als Aufforderung an den Gesetzgeber gesehen werden.
Integration der Migranten kann durch Wissen voneinander, Begegnung miteinander, durch das „Erzählen von Lebensgeschichten“, in der Auseinandersetzung mit Lebenslügen, Feindbildern, Verletzungen und Verletzbarkeiten gelingen.

Kenntnisse über die politischen, soziologischen, kulturellen, wirtschaftlichen Aspekte, über die

Sitten, Werte und Normen der Zuwanderer, über die verbale und nonverbale Sprache mit ihren semantischen Bedeutungen sind wesentliche Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Integrationsprozess der Migranten. **Ohne das Wissen über die Geschichte der Ursprungsländer der Migranten gibt es kein gemeinsames Deutschland.** Die Integration der Migranten ist möglich, wenn klare Rechtsverhältnisse, soziale, im Gesetz verankerte Hilfen, Priorität von Ausbildung und Beschäftigung berücksichtigt werden.

Literaturangaben

[1.] Fedorov N: In Problema etnosocialnoj integracii... Socioekonomika, Moskva, 1998 (in Russisch).

[2.] Franzen W: In Höhmann H-H (Hg.): Eine unterschätzte Dimension? Edition Temmen, Bremen, 1999, 97-112.

[3.] Greif S u. a. : In:Bade KJ, Oltmer J (Hg.): Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa (IMIS-Schriften 8).Rasch, Osnabrück, 1999, 81-107.

[4.] Jerusalem M.: In: Schwarzer R, Jerusalem M (Hg.) Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen. Juventa, Weinheim,München, 1994, 125-151.

SK
SEGEBERGER KLINIKEN GMBH

Die SEGEBERGER KLINIKEN GMBH ist eine modern ausgestattete Fachklinik mit 650 Betten, die ganzheitliche Medizin von der Akutmedizin bis zur Behandlung von Rehabilitationspatienten aller Schweregrade auf höchstem Niveau bietet. Im Bereich Psychosomatische Medizin (Ltd. Arzt Prof. Dr. med. Ch. Schmeling-Kludas), der über 180 Betten verfügt, besteht ein Schwerpunkt für stationäre psychosomatische Behandlung türkischsprachiger Patienten, die im Rahmen des multimodalen Behandlungsprogramms muttersprachliche Einzel- und Gruppentherapie erhalten.

Für diesen Schwerpunkt suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

bilinguale/n Dipl.-Psychologin/en oder bilinguale/n Ärztin/Arzt

Wir erwarten Interesse an der Mitarbeit in einem interdisziplinären Team, dem bereits drei türkischsprachige Psychologen angehören. Wir bieten eine gute Arbeitsatmosphäre sowie eine regelmäßige qualifizierte Einzel- und Gruppensupervision für tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie und für Verhaltenstherapie. Weiterbildungsmöglichkeiten zum approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (3 Jahre) sind gegeben.

Weitere Informationen erhalten Sie beim Ltd. Arzt (Tel. 04551/802-4821) oder bei der Ltd. Dipl.-Psychologin, Frau Dr. Boll-Klatt, unter der Tel.-Nr. 04551/802-4830.

SEGEBERGER KLINIKEN GMBH
Am Kurpark 1
23795 Bad Segeberg
mail: info@segebergerkliniken.de
www.segebergerkliniken.de

Forschungsbericht

Christine Hunner, Simone Penka, Simone Krieg, Andreas Heinz

Latente Ausschließung: **Migranten und Drogenhilfe**

Drogen spielen im öffentlichen Diskurs über „Ausländer“ eine wichtige Rolle, trotz oder gerade wegen fehlender Daten zur Anzahl drogenabhängiger Menschen ohne deutschen Pass[1]. Meist geht es allerdings um Dealer[2]. Selten fragt man, ob man Abhängigen ausreichend Hilfe gewährt. Immerhin gibt zu denken, dass trotz der wachsenden Zahl drogenabhängiger Migranten keine Zunahme an nichtdeutschen Klienten festzustellen ist. In Hannover lag der Anteil der Migranten an der Klientel von Suchthilfeeinrichtungen unter fünf Prozent (Salman 1999, S. 12). Das Beratungs- und Behandlungsangebot vieler Suchthilfeeinrichtungen scheint diese Zielgruppe also kaum zu erreichen. Während die Gründe dafür vielfach in sprachlichen und kulturellen Barrieren (Schepker et al. 1999), aber auch in fehlendem Wissen über Drogen und kulturbedingter Tabuisierung gesehen werden (Schiffauer 1983; Atabay 1998; Yüksel 1999; Morgenroth und Merkens 1997),[3] interessierte uns der Einfluss negativer Erfahrungen in Deutschland und insbesondere die Sorge der Betroffenen um ihren Aufenthaltsstatus.[4] Immerhin kommt fast jeder Drogenabhängige früher oder später mit Ermittlungsbehörden in Kontakt. Bei MigrantInnen mit gültigem oder unbefristeten Aufenthaltsstatus wird bei Erstauffälligkeit zwar von Strafverfolgung abgesehen, wenn kein Drogenbesitz oder -handel nachgewiesen werden kann.[5] Es kann aber auch zur Ausweisung kommen.[6] Auch werden bestehende Ansprüche von Migranten häufig nicht wahrgenommen (Hemmschwellen, Wartezeiten, körperliche und psychische Instabilität).[7]

Im Rahmen des Projektes „transkulturelle Abhängigkeitsforschung“ des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim führten wir deshalb eine Untersuchung der Zugänglichkeit von Suchtberatungsstellen und medizinischen Versorgungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten mit Abhängigkeitserkrankungen durch. Ziel war es, die in der Literatur oftmals vordargestellten Vermutungen zu überprüfen und ggf. weitere kulturelle oder soziale Einflussfaktoren zu finden.

Um kulturspezifische Suchtvorstellungen erfassen zu können, wurde ein Fragebogen konzipiert, der einerseits ein „free listing“ zu den Begriffen Sucht und Abhängigkeit, andererseits geschlossene Fragen bezüglich des Hilfesuchens bei Suchtproblemen beinhaltete. Insgesamt erhielten wir 136 der an einer Mannheimer Gesamtschule verteilten Fragebögen zurück, wobei 77 von Deutschen und 59 von Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund ausgefüllt worden waren. Weiterhin wurden 35 Leitfadeninterviews durchgeführt, zehn mit Professionellen aus dem Drogenhilfesystem in Frankfurt, Mannheim und Stuttgart und 25 Interviews mit Betroffenen. Die letztgenannten Interviews wurden in einer Schwerpunktpraxis in Mannheim, in der Nürnberger Drogenberatungsstelle Mudra und der Langzeittherapieeinrichtung Dönüs durchgeführt. Dönüs basiert auf dem Ansatz der interkulturellen Suchthilfe und ist eine Institution für Abhängige muslimischer Herkunft. Zusätzlich wurden weitere Gespräche mit Beschäftigten des Drogenhilfesystems in der Schwerpunktpraxis in Mannheim, auf der Fachtagung zum Thema „Sucht und Migration“ des Vereins Krisenhilfe Essen e.V. (2000) und in der Langzeittherapieeinrichtung Dönüs in Nürnberg geführt und dokumentiert. Den Interviewten wurden fiktive Namen (Bülent, Ömer und Can) gegeben.

Hier einige Ergebnisse der Untersuchung von „Misstrauen gegenüber deutschen Institutionen und Behörden und Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen".

Aufenthaltsstatus

„Mit Drogen habe ich angefangen, wo ich keine Aufenthaltsgenehmigung gekriegt habe. (...) Ich bin mit 14 in Haft gekommen und habe dann 2 Jahre abgesessen. Bin dann mit 16 raus (...). Hab mich dann beworben. Wollte Industriemechaniker machen. Die wollten mich auch einstellen bei einer guten Firma. Die konnten mich dann aber nicht einstellen, weil ich damals noch Zeit auf Bewährung hatte. Weil ich auf 2/3 raus gekommen bin. Die wollten für den Ausbildungsvertrag mindestens drei, vier Jahre Aufenthaltsgenehmigung und damals habe ich immer nur 2 Monate gekriegt. Bei der Ausländerbehörde konnte ich keinen längeren beantragen" (Can, Zeile 4 - 14).

Hinter Cans (ähnlich: Ömer) Verknüpfung von Aufenthaltsstatus und Drogenkonsum stehen die Gesamtsituation einerseits[8] und subjektive Erlebnisse mit dem „Ausländer"-Status andererseits:

„Ich kämpfe nicht mehr. Warum kämpfe ich nicht? Ich kämpfe nicht, weil ich mir denke, warum soll ich kämpfen? Ich bin ein Türke irgendwie. Und deswegen, warum hat der das nicht z.B., der hier geboren ist, ein Deutscher, und ich muss mich mit der Ausländerbehörde in Verbindung setzen. Das kotzt mich an. Ich habe mir ja auch nicht gewünscht, dass ich hierher komme, dass ich hier auf die Welt komme. Das wollte ich doch auch nicht. Wenn die mich gefragt hätten, vielleicht würde ich gar nicht, bestimmt nicht hierher kommen." (Can, Zeile 489-496).[9]

Status und Perspektiven

Wir fragten Can nach seinen Zukunftsperspektiven. Obwohl er viele Pläne nannte und z.B. gerne eine Ausbildung im Hotelfachbereich machen würde, sah er aufgrund seiner eingeschränkten Aufenthaltsgenehmigung wenig Chancen:

„Habe ich auch nicht (Zukunftsperspektiven). Das ist halt auch alles kaputt jetzt mit den ganzen Straftaten und so. Dann muss ich jetzt wieder irgendwann mal zur Ausländerbehörde." (Can, Zeile 475-479)

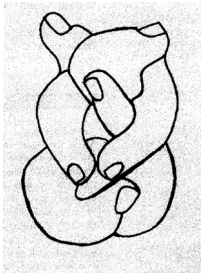
Die Chancen auf Heilung bei Suchterkrankungen sind bei einem stabilen sozialen Gefüge und einer positiven Zukunftsperspektive gut (Gastpar/Mann Rommelspacher 2000). Wie Cans Beispiel gezeigt hat, reicht jedoch bereits der Entzug der unbefristeten Aufenthaltsberechtigung aus, um Zukunftsperspektiven zu minimieren und ein Hinwendung in Richtung „Heimat" Türkei zu bewirken. Das ist sowohl bei Bülent als auch bei Ömer der Fall, die sich beide keine Chancen mehr in Deutschland ausrechnen.

„Meine Mama hat mir das vorgeschlagen. Hat mir gesagt: Es ist für Dich besser, wenn Du in die Türkei gehst. Hier hast Du sowieso keine Chancen mehr - überhaupt keine Chancen. Ohne Arbeit und so. Und dann habe ich auch auf meine Mutter gehört und ich wollte auch freiwillig in die Türkei gehen" (Bülent Zeile 146-151)

Ömer sieht es für sich nicht als problematisch, dass er die deutsche Staatsbürgerschaft wahrscheinlich nicht mehr bekommen würde (er hat sie aber beantragt!), auch dass ihm im Falle weiterer Straftaten die unbefristete Aufenthaltserlaubnis entzogen werden könnte, ist ihm vorgeblich egal, da er gerne in die Türkei zurück wollte:

„Ich weiß nicht, jetzt bin ich vorbestraft! Glaub nicht, ich hab mich zwar gemeldet (Antrag gestellt für die deutsche Staatsbürgerschaft)... Ich hab keine Probleme, ich hab unbefristete Aufenthaltserlaubnis, unbefristete Arbeitserlaubnis.(...) Die ist in dem Sinne gefährdet, wenn ich jetzt wieder einen Scheiß baue, komm wieder in den Knast und sitz über ein Jahr ab, des Gesetz haben sie jetzt über ein Jahr, wenn ich über ein Jahr sitze krieg ich schon Abschiedsbedrohungen. (...) Aber das wäre jetzt auch kein Problem, ich würd gern zurück (in die Türkei)" (Ömer, Zeile 252-267).

Ob die Rückkehr für Ömer tatsächlich so unproblematisch wäre, sei dahingestellt. Der Gedanke, in die Türkei zurückzukehren, verhinderte zumindest lange eine Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitserkrankung in Deutschland:



„... und Türkei war immer meine Erlösung, das hab ich halt im Hinterkopf, immer wenn ich unten war, entgiftet, super Tage erlebt, war ich zwei, drei Monate zurück, Rückfall“ (Ömer, Zeile 279-281).

”Türkei war immer meine Erlösung“ ist ein Satz, der diese Einstellung auf den Punkt bringt. In der Türkei hat Ömer nicht nur eine Befreiung von seinen Drogenproblemen erlebt, sondern sich auch Zuhause gefühlt. Hier ist die Türkei zu einem Symbol für ein „besseres“, drogenfreies Leben geworden und Deutschland steht für alle nicht lösbaren Probleme. Was er in Deutschland nicht glaubt schaffen zu können, würde ihm, so ist er überzeugt, in der Türkei viel leichter fallen. Die Zukunftsperspektive ist von der Gegenwart in Deutschland abgekoppelt.

Bründel und Hurrelmann (1995, S. 295) schreiben, dass der Gedanke, eines Tages in die „Heimat“ zurückzukehren, durch die Struktur der Ungleichbehandlung, der Ausländergesetzgebung, durch als willkürliche empfundene Behördenentscheidungen und durch Diskriminierungserfahrungen im alltäglichen Leben gestärkt werde. Die Konfrontation mit den segregierten Kulturen erschwert bei vielen Jugendlichen den Identifikationsprozess, so dass sie in einer sehr ambivalenten Beziehung zu ihrem Bild von Deutschland und den „Deutschen“ einerseits und sich selbst als "Türken in Deutschland" andererseits stehen:

„Vielleicht auch dieses Problem: Du bist raus, von zu hause weg, dann bist du irgendwie in dieser einen Welt. Und wenn du nach hause kommst und da die Türe aufmachst, dann kommt das Türkische auf dich zu. Und du muss irgendwie gucken, dass du alles vereinbaren kannst miteinander“ (Can, Zeile 504-507).

(Fehlender) Aufenthaltsstatus + (fehlende) Zukunftsperspektiven = (fehlende) Integration

Seit 1994 die Situation der Jugendlichen ausländischer Herkunft auf dem Arbeitsmarkt. Probleme bestehen aber auch bei der Wohnungssuche. Ömer schilderte uns, wie es ihm im Alltag in Augsburg ergeht:
"Es fällt manchmal auf, Wohnungssuche oder so, geht sie (seine Frau) voraus, blond, oh willkommen, komm ich hinterher, fast hat sie die Wohnung, komm ich hinterher, ja, wir müssen uns noch überlegen, was sind sie von Beruf, wo arbeiten sie. Wir haben schon Schwierigkeiten gehabt, obwohl ich gearbeitet hab, sie hat auch gearbeitet, wir haben Schwierigkeiten gehabt bei der Wohnungssuche, eins der Beispiele, es kommt und geht, und es ist uns oft passiert, dass sie als Brünette als Deutsche gesehen wird, weil sie nicht wissen, dass sie eine Türkin ist, und je nachdem dann entscheiden, wenn sie mich dann dabei hat, dann sieht's für uns auch schlecht aus“ (Ömer, Zeile 459-470)

Auch Can berichtete diskriminierende Erfahrungen:
„Mich behandeln die (Ausländerbehörde) immer übel. Ich habe mich immer mit der Frau (auf der Ausländerbehörde) gestritten. Und habe manchmal mich auch ziemlich aufgeregt. Aber so direkt bin ich nie rübergekommen. (...). Hat mir dann immer vorgeworfen (die Frau von der Ausländerbehörde), dass ich ein neues Fahrrad habe und so. Ich mein, das sind ja alles meine Sachen. Deswegen kann ich ja ... Dann bin ich immer nach hause, hab mir wieder was reingehauen und dann habe ich aber trotzdem nicht meine Sache gekriegt, was ich wollte“ (Can, Zeile 481-488)

Als Reaktion auf derartige Erfahrungen werden unterschiedliche Emotionen geschildert.
„Nein, WUT, HASS, Wut, Hass und dadurch kommt auch irgendwie das ganze, dass ich auch keinen Bock hab hier Kontakt zu haben.“ (Ömer, Zeile 472-74).

Auch Resignation zählt zu diesen Reaktionen:
„Jetzt nach einer Zeit irgendwann, wo ich mir wirklich richtig Gedanken gemacht habe, habe ich mir auch gedacht so: **Du bist ein Mensch. Und es ist egal, was du bist.** Aber die Sache mit der Ausländerbehörde. Dann bist du einfach kein Mensch mehr. Dann bist du ein abgefuckter Türke. Und sonst nichts“ (Can, Zeile 509-512).

Aus diesen Interviews sprach **das Fehlen der Erfahrung von Akzeptanz und Toleranz wie auch der Mangel an Integration in die deutsche Gesellschaft.**

Diskussion

Die Untersuchung verweist auf zwei eng miteinander verbundene Aspekte der Situation drogenabhängiger Migranten. Zum einen zeigt sich **ein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung, „Ausländer" zu sein und der verminderten Nutzung des Drogenhilfesystems.** Dabei ist nicht allein die reale Bedrohung durch Abschiebung wegen Beschaffungskriminalität von Bedeutung (Körner 1996, S. 43 f.). Ebenso kam ein allgemeines Gefühl der Bedrohung und des sozialen Ausschlusses zur Geltung, das die betroffenen Migranten davon abhält, die Möglichkeiten des deutschen Suchthilfesystems zu nutzen. - Eng mit dieser Feststellung verbunden ist ein zweiter Aspekt, der die generelle Distanz von Drogenabhängigen zum Suchthilfesystem betrifft. Diese ergibt sich nicht nur aus Übersetzungsproblemen beim Zusammentreffen zweier Kulturen (Kleinman 1980), sondern aus dem Erleben eines Machtgefälles. Vermehrte Information der Migranten und muttersprachliche Angebote sind wichtig (Schepker et al. 1999), vermögen aber das Problem allein nicht zu bewältigen.[10] - **Der Grundsatz, dass Therapie Vorrang vor Strafe hat, muss bei Migranten, die bei der Beschaffung der Drogen straffällig werden, auch im Aufenthaltsstatus umgesetzt werden.**

Quellennachweis:

1. In Frankfurt wurden 1994 und 1995 ca. 37% Nichtdeutsche unter den erfassten Drogenabhängigen ausgemacht (Philippi 1996, S. 71); Köln geht von ca. 33% aus (Beauftragte der Bundesregierung ...2000, S. 162. Die Stuttgarter Drogenberatungsstelle Release verzeichnete 1995 bei 290 Konsumenten-Neuzugängen rund 30% Nichtdeutsche. Innerhalb von zwei Jahren hatte sich die Zahl verdoppelt (Schmid 1998, S.1). Salman berichtete (1999, S. 11) von 20% in den Ballungszentren (was im wesentlichen dem Bevölkerungsanteil entspricht; besorgniserregend aber die steigende Tendenz. Das LKA Baden-Württemberg meldete 24,2% (1999, Tabelle 61, Blatt 29).

2. Der Titel einer Tagung in Münster (1993) - „Sucht kennt keine Ausländer" - ist insofern doppeldeutig. Einerseits proklamiert er - so Scholl (1994, S. 2): „Sucht ist grenzenlos. Sucht unterscheidet nicht zwischen deutschen und nichtdeutschen Drogenabhängigen". (Zur besonderen Suchtgefährdung vgl. Akbiyik 1991; Boos-Nünning 1998). - Andererseits verweist er auf die lange Vernachlässigung dieser Problematik.

3. Laut Yüksel (1999) besteht häufig auch nach Jahren der Abhängigkeit noch eine enge Bindung an die Familie, die sich um eine familieninterne Lösung bemüht, zumal häufig der Eindruck existiert, dass ja gerade die deutsche Gesellschaft das Abkommen des Kindes vom „rechten Weg" verursacht habe. Häufig wird das drogenabhängige Kind in die Türkei zu Verwandten geschickt: in der Regel mit der Gefahr des Rückfalls bei der Rückkehr (Salman 1999, S. 13; zu Sprachbarrieren: Gaitanides 1998). - Das Leben in zwei kulturellen Welten bringt für die Jugendlichen die Möglichkeiten sowohl eines „Code-Switching", als auch eines „Kultur-Switching" mit sich. Für die Praxis der Interkulturellen Suchthilfe ergibt sich dadurch die Notwendigkeit, einen „zweisprachigen Dialograum" (Tuna 1999, S. 53) zur Verfügung zu stellen. Allerdings sollte man nicht alle Probleme mit kulturellen Unterschieden erklären (Akgün 1998, S. 51). - Das Negativ-Image der Therapie (Niermann 1983) bestätigte sich auch in den Interviews (vgl. näher Tuna 1999, S. 48; Czycholl 1998, S. 102).

4. Grüsser und Becker (1999) berichteten, dass viele abhängige Migranten relativ unabhängig von ihrem objektiven Rechtsstatus Angst vor Ausweisung haben. Wer eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis besitzt, darf nur bei schwerwiegenden Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ausgewiesen werden (§ 12 Abs. 1 AufenthG; § 48 Abs. 1 Nr. 2 AuslG). Nach § 46 Abs. 4 AuslG wird von einer Ausweisung abgesehen, wenn der Konsument zu einer erforderlichen, seiner Rehabilitation dienenden Behandlung bereit ist. Bei Abbruch der Therapie: Ausweisung, bzw. Fahndung bei noch zu verbüßender Reststrafe.

5. Allerdings wies Oberstaatsanwalt Körner (1996, S. 41) in einer Anhörung der Stadt Frankfurt zum Thema Drogen und Migration darauf hin, dass Migranten auf Grund ihres Ausländerstatus oft härter bestraft werden, weil sie vorgeblich das „Gastrecht" missbraucht hätten. Zudem würde das Prinzip „Therapie statt Strafe", das eigentlich bei Drogenabhängigen angewendet werden sollte, laut Körner bei Migranten häufig nicht ausreichend berücksichtigt.

6. Wer wegen vorsätzlicher Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) rechtskräftig zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt worden ist, kann nach § 47 Abs. 1, Nr. 2 des AuslG ausgewiesen werden. In solch einem Fall haben Migranten keine Möglichkeit, eine Therapie zu beginnen oder diese durch die Kostenträger überhaupt finanziert zu bekommen (Kaya 1999, S. 179). In Deutschland wird - ausgenommen niedrigschwellige Angebote und Synanon - die medizinische Betreuung privat, durch eine Krankenversicherung oder andere Kostenträger finanziert. Voraussetzung zur Finanzierung einer Therapie ist nun aber ein gültiger Aufenthaltsstatus (Grüser/Becker 1999, s. 3).

7. Einige Städte bieten Drogenhilfe anonym und kostenlos an, was die Hemmschwelle auch für Migranten herabsetzt. (Grüser/Becker 1999).

8. Im Jahr 1998 lebten 2.110.000 Türken (inkl. Kinder türkischer Migranten) in Deutschland (größte ausländische

Wohnbevölkerung). Fast 75% bereits zehn Jahre und länger, fast 35% 20 Jahre. Ende 1998 besaßen von insgesamt 2.110.000 Türken nur 500.000 eine Aufenthaltsberechtigung (sicherster Status), während 765.000 eine befristete und 610.000 eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis hatten. Unkenntnis der eigenen Ansprüche spielt hier eine Rolle. Eine Repräsentativuntersuchung (1995), die rund 1000 Jugendliche türkischer, italienischer, griechischer und ehemals jugoslawischer Herkunft zu persönlichen Problemen befragte, kam zu dem Ergebnis dass „die subjektive Rechtsunsicherheit ... außerordentlich hoch und hinderlich für den Integrationsprozess“ sei (Beauftragte .....2000, S. 19).

9. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2000, S. 44) merkt zur Ausweisung von sogenannten Inländern, d.h. Jugendlichen mit ausländischem Pass, die aber in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, an: „In der Praxis kommen - jedenfalls nach Volljährigkeit - immer wieder Ausweisungen von in Deutschland aufgewachsenen und sozialisierten Ausländern vor. Nach Auffassung der Beauftragten muss mit den Mitteln des (Jugend-) Strafrechts - vielmehr noch mit erzieherischen und sozialpolitischen Mitteln - gegen Jugenddelinquenz vorgegangen werden. Es geht aber nicht an, dass Ausländer, die in Deutschland aufgewachsen sind und hier ihre Prägung erfahren haben, ausgewiesen und abgeschoben werden, wenn sie für Deutschland eine Last werden“. - Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte stellt enge Voraussetzungen für die Ausweisung/Abschiebung von im Inland aufgewachsenen Ausländern auf. In Österreich gilt sogar: „Fremde, die von klein auf im Inland aufgewachsen sind und hier langjährig rechtmäßig niedergelassen sind, dürfen nicht ausgewiesen werden.“

10. Sozialer Ausschluss und Machtlosigkeit gelten nicht nur als Stressfaktoren (Blakey 1994), sondern spielen auch eine wesentliche Rolle bei Suchtproblemen (Heinz 1999). Belastende Lebensereignisse wirken sich besonders aus, wenn die Menschen nicht das Gefühl haben, dass sie die Situation kontrollieren können. (Syme 1991; Antonovsky 1999; Schmidt et al. 2000): Umgekehrt ist die Überzeugung von der eigenen „Selbstwirksamkeit“ ein Faktor, der einen guten Krankheitsverlauf vorhersagt (Solomon/ Annis 1990, Long/ Hollin/ Williams 1998). Abhängige Migranten leiden unter speziellen Belastungen, die eher Gefühle der Ohnmacht erzeugen (Silbereisen/ Schmitt-Rodermund 1995, S. 296; Oerter/ Montada 1995, S. 347).

Literatur

AKBIYIK, O., Drogenarbeit mit Ausländern, in: Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre, hrsg. von HECKMANN, W., Weinheim und Basel 1991, S. 156-171.

AKGÜN, L., Therapie im interkulturellen Kontext unter Berücksichtigung unterschiedlicher Selbstkonzepte, in: Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, hrsg. von DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN, Freiburg im Breisgau 1998, S. 44-54.

AKSOY, N., Suchtvorbeugung mit türkischen Eltern, in: Sucht und Migration, hrsg. von Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg, Stuttgart 1997, S. 89-102.

ANTONOVSKY, A., Meine Odyssee als Stressforscher, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 17, Argument-Sonderband AS 193, Hamburg und Berlin 1991, S. 112-130.

ATABAY, I., Zwischen Tradition und Assimilation: Die zweite Generation türkischer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland, Freiburg im Breisgau 1998.

BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR AUSLÄNDERFRAGEN, Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin und Bonn 2000.

BLAKEY, M., Psychophysiological stress and disorders of industrial society: a critical theoretical formulation for biocultural research, in: Diagnosing America. Anthropology and public engagement, hrsg. von FORMAN, S., Ann Arbor 1994, S. 149-192.

BOOS-NÜNNING, U., die Sozialisation von Jugendlichen ausländischer Herkunft: Bedingungen für die Förderung oder Verhinderung von Drogenabhängigkeit, in: Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, hrsg. von **DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN,** Freiburg im Breisgau 1998, S. 11-32.

BRÜNDEL, H./HURRELMANN, K., Akkulturation und Minoritäten. Die psychosoziale Situation ausländischer Jugendlicher in Deutschland unter dem Gesichtspunkt des Belastungs-Bewältigungsparadigmas, in: Kindheit und Jugend in verschiedenen Kulturen. Entwicklung und Sozialisation in kulturvergleichender Sicht, hrsg. von **TROMMSDORF, G.,** Weinheim und München 1995, S. 263-293.

CZYCHOLL, D., Entwicklung einer spezialisierten Konzeption, in: Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker- und gefährdeter Migranten, hrsg. von **CZYCHOLL, D.,** Hohenrodter Studien, Band 1, Berlin 1998, S. 91-106.

GAINTANIDES, S., Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten, in: Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, hrsg. von **DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN,** Freiburg im Breisgau 1998, S. 62-77.

GASTPAR,M./MANN, K./ROMMELSPA-CHER, H., Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart 2000, S. 50-69.

GRÜSSER, S. M./BECKER K., Drogenabhängigkeit und Migration innerhalb der Europäischen Union (EU), in: Gölz: Moderne Suchtmedizin, 5/1999. B7 S. 1-5.

HEINZ, A., Serotonerge Dysfunktion als Folge sozialer Isolation - Bedeutung für die Entstehung von Aggression und Alkoholabhängigkeit, in: Nervenarzt 70, 1999, S. 780-789.

KAYA, D., Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer, in: Handbuch Interkulturelle Suchthilfe: Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie, hrsg. Von **SALMAN, R./TUNA, S. /LESSING, A.,** Gießen 1999, S. 170-184.

KLEINMAN, A., Patients and healers in the context of culture, Berkeley, Los Angeles, London 1980.

KÖRNER, H.H., Juristische Aspekte der Drogenkriminalität und Möglichkeiten der Hilfeleistung für Drogenabhängige, in: Drogen und Migration: Dokumentation der Anhörung am 4. März 1996 zur Situation drogenabhängiger und gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft in Frankfurt am Main, hrsg. Von **KOMMUNALE AUSLÄNDERINNEN- UND AUSLÄNDERVERTRETUNG (KAV)** der Stadt Frankfurt a. M., Bonn 1996, S. 33-49.

LANDESKRIMINALAMT BADEN-WÜRTTEMBERG, Polizeiliche Kriminalstatistik Baden-Württemberg, Stuttgart 1999.

LONG, C. G. /HOLLIN, C. R. /WILLIAMS, M. J., Self-Efficiacy, Outcome Expectations, and Fantasies as Predictors of Alcoholics' Posttreatment Drinking, in: Substance Use and Misuse, 33 (12), 1998, S. 1283-2402.

MORGENROTH, O, /MERKENS, H., Wirksamkeit familialer Umwelt türkischer Migranten in Deutschland, in: Familien in verschiedenen Kulturen, hrsg. Von **NAUCK, B./ SCHÖNPFLUG,** U., Stuttgart 1997, S. 303-324.

NIERMANN, M., Heroinabhängige ausländische Jugendliche in West-Berlin - Möglichkeiten und Grenzen sozialtherapeutischer Hilfsangebote, in: Rauschmittelgefährdung bei jungen Ausländern. Eine Problemanzeige. Drogentagung 1982, hrsg. Von **GESAMTVERBAND FÜR SUCHTKRANKENHILFE IM DIAKONISCHEN WERK DER EV. KIRCHE IN DEUTSCHLAND,** 1983, S. 4-19.

OERTER/ MONTADA, Entwicklungspsychologie, Weinheim 1995.

PHILIPPI, R., Drogenkriminalität und Gefährdungspotential, in: Drogen und Migration: Dokumentation der Anhörung am 4. März 1996 zur Situation drogenabhängiger und gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft in Frankfurt am Main., hrsg. **Von KOMMUNALE AUSLÄNDERINNEN- UND AUSLÄNDERVERTRETUNG (KAV)** der Stadt Frankfurt a. M., Bonn 1996, S. 67-72.

SALMAN, R., Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe, in: Handbuch Interkultureller Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie, hrsg. **Von SALMAN, R./ TUNA, S./LESSING, A.,** Gießen 1999, S. 11-30.

SCHEPKER, R./TOKER, M./EBERDING, A., Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48, 1999, S. 664-676.

SCHMID, E., Sucht und Migration. Ein neu entdecktes Problemfeld, in: Ausländer in Deutschland, hrsg. Von **ISOPLAN** GmbH, Saarbrücken 1998, S. 1-3.

SCHMIDT, B./ ALTE-TEIGELER, A./ HURRELMANN, K., Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch, in: Lehrbuch der Suchterkrankungen, hrsg. **Von GASTPAR, M./ MANN, K./ ROMMELSTACHER, H.,** Stuttgart 2000, S. 50-69.

SCHOLL, M., Begrüßungsrede, in: 13. Jahrestagung: Sucht kennt keine Ausländer, Dokumentation, hrsg. **Von LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE 1994,** S. 1-5.

SCHIFFAUER, W., Die Gewalt der Ehre, Frankfurt a. M. 1983.

SILBEREISEN, R. K./ SCHITT-RODERMUND, E., Akkulturation von Entwicklungsorientierungen jugendlicher Aussiedler. Bedeutung von Familie und Peers, ins: Kindheit und Jugend in verschiedenen Kulturen. Entwicklung und Sozialisation in kulturvergleichender Sicht, hrsg. Von **TROMMSDORF, G.,** Weinheim und München 1995 S. 263-293.

SOLOMON, K. E./ANNIS, H. M., Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour, in: British Journal of Addiction 85, 1990, S. 659-665.

SYME, S. L., Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 17, Argument-Sonderband AS 193, Hamburg und Berlin 1991, S. 94-111.

TUNA, S., Die Bedeutung der Sprache in der interkulturellen Suchttherapie, in: Handbuch Interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie, hrsg. Von **SALMAN, R./TUNA, S./ LESSING, A.,** Gießen 1999, S. 46-57.

TUNA, S., Die Berücksichtigung kultureller Hintergründe in der Suchtkrankenarbeit mit Migranten, in: Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, hrsg. Von **DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN,** Freiburg im Breisgau 1998, S. 54-62.

YÜKSEL, T., Der kulturelle Aspekt in der Suchthilfe - Türkisch-islamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem, in: Handbuch Interkulturelle Suchthilfe: Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie, hrsg. von **SALMAN, R./ TUNA, S./ LESSING, A.,** Gießen 1999, S. 30-46.

Krim.Journal 33. Jg.2001, H.3

Korrespondenz:
Prof. Dr. A. Heinz
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Charité
Humboldt Universität zu Berlin
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin
Tel. 030/450 517001 Fax 030/450 517921
E-mail: andreas.heinz@charite.de

Krieg S, Penka S, Wohlfart E, Heinz A

Artikel

Essstörungen und Suchtprobleme bei Migranten- Versagen des Versorgungssystems?

Projektgruppe Transkulturelle Psychiatrie,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Mannheim & Klinik für Psychiatrie der Charité,
Humboldt-Universität zu Berlin

Einleitung

Die Zahl der in Deutschland **lebenden Migranten mit Sucht- und Abhängigkeitsproblemen erfährt eine kontinuierliche Zunahme,** während der hilfesuchende Teil dieser Bevölkerungsgruppe gleichbleibend niedrig bleibt (Grüsser et al. 1999, Schepker et al. 2000, Hunner et al., 2001). Laut Fachkräften der beratenden Stellen trifft die geringe Klientelzahl sowohl auf Personen mit stoffgebundenen Süchten als auch mit Essstörungen zu. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den Ursachen der geringen Inanspruchnahme des deutschen Suchthilfesystems in Deutschland durch Migranten.

Bisherige Forschungsergebnisse bezüglich „Zugangsbarrieren“

In verschiedenen Untersuchungen der letzten Jahre kam man zu folgenden Ergebnissen, mit denen die geringe Zahl der Hilfesuchenden erklärt werden:

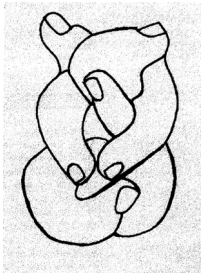
a.) Negativ- Image von Entgiftung und Therapie durch Assoziationen mit Strafe (Niermann 1981)
b.) Unkenntnis des deutschen Hilfsangebotes (Schepker et al. 2000)
c.) Innerfamiliäre Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise Verheirateten, zum Militär oder zurück in die Türkei zu schicken (Schepker et al. 1999)
d.) Hemmschwellen gegenüber deutschen Institutionen und Behörden (Grüsser et al. 1999)
e.) Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen, ein kulturunabhängiges Problem, das auf die Angst verweist, ausgewiesen zu werden (Grüsser et al. 1999)

Weitere Zugangsbarrieren: Ergebnisse qualitativer Interviews

Im Rahmen unserer Untersuchung haben wir mit zehn Professionellen aus der Suchthilfe sowie mit zehn drogenabhängigen Migranten Interviews geführt, durch die sich folgende weitere Zugangsbarrieren ergaben (Hunner et al., 2001):

a.) Unkenntnis von Drogen, Sucht und Suchthilfeinhalten
b.) Sprachliche und kommunikative Barrieren
c.) Selbstüberschätzung im Umgang mit Drogen und fehlende Einsicht, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, verstärkt durch eine gewisse anerzogene Stärke, die das Suchen bzw. Annehmen von Hilfe zu einer kaum annehmbaren Vorstellung macht
e.) Perspektivlosigkeit und Frustration, die Einfluss haben auf die Aufrechterhaltung von Abhängigkeit, was zum einen durch Diskriminierungserfahrungen bedingt ist, und zum anderen mit der Frage des Aufenthaltsstatus verknüpft ist.

Ausländer werden dann ausgewiesen, selbst wenn



sie eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung besitzen, wenn nach § 47 der Ausländergesetzgebung ein Ausländer wegen einer oder mehrerer Straftaten zu einer Jugendstrafe von mindestens 2 Jahren oder einer Freiheitsstrafe ohne Bewährung verurteilt wird. Dabei wirkt sich die Ausländereigenschaft in Gerichten häufig im Sinne einer Strafverschärfung aus. So wird dem Angeklagten häufig vorgeworfen, das von Deutschland gewährte Gastrecht durch den Drogenhandel missbraucht zu haben (Körner, 1996).
Die Diskriminierungserfahrungen und die Angst vor Ausweisung können Perspektivlosigkeit, Frustration und Resignation bewirken, die häufig die Therapie erschweren und in einem Rückfall in den Drogenkonsum enden können.

Die bereits weiter oben benannten, in der Literatur bisher meist diskutierten Zugangsbarrieren finden sich hier teilweise wieder. Es fällt jedoch auch auf, dass nicht nur kulturspezifische Hintergründe für die geringe Inanspruchnahme des deutschen Suchthilfesystems verantwortlich sind, sondern dass gerade auch die Erfahrung, nicht als Gleicher unter Gleichen aufzuwachsen, die Motivation zur Therapieaufnahme beeinträchtigt.

Zugangsbarrieren für Personen mit Essstörungen

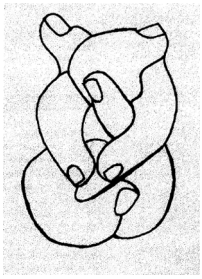
Während bei Drogenabhängigkeit die Ursachen der geringen Klientelzahl unter anderem bei den oben beschriebenen „Zugangsbarrieren“ zu suchen sind, liegt die Ursache für die geringe Zahl hilfesuchender Migranten mit Essstörungen im Vergleich zu deutschen hilfesuchenden Essgestörten eher in ihrer geringeren Prävalenz. Insofern sind mögliche kulturbedingte Einflüsse auf das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, besonders zu berücksichtigen. So ist es denkbar, dass Personen aus dem türkischen Kulturkreis nicht so gefährdet sind. Im Folgenden sollen Gründe benannt werden, wodurch das geringere Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, bedingt sein könnte. Es wird aber auch deutlich, dass sich eine Entwicklung vollzieht, innerhalb derer sich das Risiko für Migranten erhöht, an einer Essstörung zu erkranken.

Unterschiedliches Erklärungsmodelle für Sucht und Abhängigkeit - eine wichtige Zugangsbarriere?

Ein interessanter Ansatz zur Erklärung unterschiedlicher Verhaltensweisen im Umgang mit Suchterkrankungen und Essstörungen ist das Konzept der „Erklärungsmodelle“ von Kleinman (1980). Dieses Konzept stammt aus der transkulturellen Medizin und betont, dass Krankheiten immer unter dem Gesichtspunkt des oder der vorherrschenden, kulturspezifischen Erklärungsmodelle betrachtet werden müssen, da ihre Einschätzung und Behandlung durch diese Erklärungsmodelle gesteuert werden (Heise et al 2001). Kleinman geht also davon aus, dass sich sowohl die Entstehungsbedingungen und Diagnosekriterien wie die Einschätzung der Schwere einer Erkrankung oder ihrer notwendigen Behandlungsweisen auf dem Hintergrund der unterschiedlichen Erklärungsmodelle deutlich voneinander unterscheiden können. Deshalb ist die Erforschung und Berücksichtigung der jeweiligen „Erklärungsmodelle“ bei den betroffenen Patienten und dem Personal, das im Gesundheitswesen arbeitet, notwendig, insbesondere dann, wenn diese Gruppen kulturell unterschiedliche Erklärungsmodelle anwenden, wie dies bei der Behandlung türkischer Migranten in Deutschland der Fall sein kann.
In Anwendung dieses Konzeptes lautete unsere Fragestellung, ob eine wichtige Zugangsbarriere in einem unterschiedlichen Verständnis von Suchterkrankungen und Essstörungen bei Migranten und traditionell hier lebenden Deutschen liegen könnte, und ob die Art der Inanspruchnahme von medizinischen Hilfseinrichtungen dadurch beeinflusst werden könnte.

Methode der Untersuchung

Methodisch können Erklärungsmodelle identifiziert und beschrieben werden, indem Begriffe gesammelt werden, die mit dem zu untersuchendem Thema, in unseren Fall Sucht, Abhängigkeit und Essstörungen, assoziiert werden. Die am häufigsten genannten Begriffe werden im Rahmen einer weiteren Erhebung von den Befragten in nach ihrer Meinung zusammengehörige Stapel sortiert. Mittels eines Computerprogramms (Anthropac) kann aus dieser Sortierung dann berechnet



werden, welche Begriffe häufig als zusammengehörig gesehen wurden. Es entstehen semantische Cluster mehr oder weniger eng miteinander vernetzter Begriffe, die räumlich dargestellt werden können, so dass die Ergebnisse bei verschiedenen befragten Gruppen miteinander vergleichbar sind (Heinz und Jackson 1998).
Im Rahmen unserer Untersuchung wurden 161 Jugendliche danach befragt, was sie mit der Thematik der Sucht- und Abhängigkeit verbinden, wobei 95 der Befragten deutscher und 62 türkischer Herkunft waren. Im weiteren Verlauf baten wir 20 deutsche und 20 türkische Jugendliche, die bisher gesammelten Begriffe nach Zusammengehörigkeit und Ähnlichkeit in Haufen zu ordnen. Zu den verschiedenen Haufen sollten auch Oberbegriffe genannt werden, durch die die Zusammengehörigkeit begründet wird. Den Jugendlichen war es zudem vorbehalten, Begriffe auszusortieren, die ihrem Verständnis nach nichts mit Sucht und Abhängigkeit zu tun haben.
Auch die umgangssprachlichen Begriffe der „Magersucht“ und „Fresssucht“ sollten mit eingeordnet werden, um etwaige Unterschiede in der Beurteilung durch die deutschen und die türkischen Jugendlichen erfassen zu können.

Untersuchungsergebnisse der „pile sorts“: Aussortierte Begriffe

Durch die Betrachtung der aussortierten Begriffe wurden interessante Unterschiede bezüglich des Suchtverständnisses bei deutschen und türkischen Jugendlichen sichtbar. Besonders auffällig war hierbei, dass die Jugendlichen türkischer Herkunft für Personen aus unserem Kulturkreis klassische Beschreibungen der Abhängigkeit, wie beispielsweise „körperlich abhängig sein“, „nicht ohne leben können“ und „ohne Hilfe nicht davon wegkommen“ oft als unbrauchbar zur Beschreibung abhängigen Verhaltens bezeichneten und entsprechend aussortierten. Dies ist besonders auf dem Hintergrund der Frage interessant, inwieweit Migranten von Aufklärungsbroschüren über Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen bisher überhaupt erreicht werden konnten. Die Jugendlichen zeigten mit dem Aussortieren von Begriffen dieser Art, dass sie im Zusammenhang mit Drogen ein Gefühl der Kontrolle zu behalten glauben und von entsprechenden Schlagworten in Aufklärungsbroschüren kaum erreicht werden.

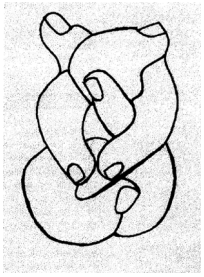
Zusammengeordnete Begriffe: „Cluster“

Eine Analyse der auf diese Weise ermittelten semantischen „Landkarten“ ergab einige erwähnenswerte Ergebnisse.
Bei den deutschen Jugendlichen zeigte sich, dass sie unterschieden zwischen „harten Drogen“, unter die Kokain und Heroin fielen und die mit „Tod“ und „Kontrollverlust“ assoziiert waren, und „nicht so harten Drogen“ unterschieden, wozu Nikotin und Alkohol gezählt wurden.
Dies spiegelt die in westlichen Kulturen typische Aufteilung in „härtere“ und „weichere“ Drogen wider, und besonders die Einordnung von Alkohol in den Cluster der „nicht so harten Drogen“ weist auf typische Beurteilungsweisen bezüglich des Abhängigkeitsrisikos hin. Interessant war weiterhin, dass die deutschen Jugendlichen psychische Abhängigkeit nicht direkt mit Drogen in Zusammenhang brachten, sondern dass in ihrem Erklärungsmodell der Abhängigkeit offenbar die körperliche Abhängigkeit im Vordergrund steht, und dass sie harte Drogen damit assoziierten, dass „Hilfe unbedingt notwendig ist“.

Die türkischen Jugendlichen haben Suchtabhängigkeitsstoffe wie Kokain, Heroin, Nikotin und Alkohol meist in einen gemeinsamen Cluster eingeordnet. Medikamente wurden getrennt von anderen stoffgebundenen Mitteln einsortiert und mit psychischer Abhängigkeit und den Beratungsstellen als kompetentem Anlaufpartner verbunden. Bei anderen Suchterkrankungen wurden dagegen die Beratungsstellen nicht als Anlaufpartner genannt, was mit deren verminderter Inanspruchnahme im Alltag übereinstimmt. Auch dass der Begriff „Niemand kann helfen“ dem Cluster der harten Drogen zugeordnet wurde, weist auf eine Erklärung für die Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe hin.

Einordnung der Essstörungen

Ein gravierender Unterschied zwischen deutschen und türkischen Jugendlichen zeigte sich bei der Einordnung der Essstörungen. Bei den Deutschen fielen Essstörungen in den Rahmen der schweren Süchte. Sie wurden belegt mit Begriffen wie „Schande“ und „peinlich“ und somit deutlich negativ konnotiert, und sie wurden mit keiner



direkten Hilfe oder professionellen Anlaufstation in Zusammenhang gebracht.
Bei den türkischen Jugendlichen hingegen fielen die Essstörungen in den Bereich der nicht so schwerwiegenden Süchte. Sie wurden nicht mit negativ konnotierten Begriffen in Verbindung gebracht, dafür jedoch in einen familiären Kontext gesetzt, der zeigt, dass die Eltern bei dieser Problematik offenbar als kompetente Ansprechpartner gelten.

Weitere Untersuchungsschritte: Interviews zum Thema Essstörungen

Die unterschiedliche Einordnung der Essstörungen, und gerade auch die von den Migranten gezogene enge Verbindungslinie zur Familie ist ein wichtiger Anhaltspunkt für die Erklärung der niedrigen Zahl der Essgestörten in dieser Gruppe. Um diesem Punkt weiter nachzugehen, haben wir 10 Interviews mit deutschen Frauen sowie mit 10 Frauen türkischer Herkunft durchgeführt. Daraus ergaben sich die folgenden Punkte, die Unterschiede im Körperverständnis und in der Einordnung von Essstörungen erklären könnten:

a.) Dem Schlanksein kommt geringere Bedeutung zu
b.) Die Körperpflege ist wichtiger als die Körperform
c.) Ein anderes Verständnis von Weiblichkeit; Weiblichkeit scheint stärker mit Mütterlichkeit assoziiert zu werden, welche als Körper-Ideal durchaus auch runde Formen beinhaltet
d.) Essen als starker sozialer Faktor, da es meist in einem gesellschaftlichen oder familiären Kontext stattfindet

Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die oben genannten Ergebnisse lediglich traditionellere Vorstellungen widerspiegeln, und dass sich gerade in dieser Hinsicht sehr starke Veränderungen vollziehen. So gaben viele der befragten Frauen an, dass sie entweder derzeitig eine Diät machen oder bereits eine oder mehrere Diäten hinter sich haben und dass es ihnen wichtig ist, schlank zu sein.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es ergaben sich in unseren Interviews zur Abhängigkeitsproblematik neben den in der Forschungsliteratur aufgeführten Zugangsbarrieren Hinweise auf weitere Probleme wie Diskriminierungserfahrungen und ein unsicherer Aufenthaltsstatus, die zu einer verringerten Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen beitragen.
Deutsche und türkische Jugendliche ordneten Drogen auf unterschiedliche Weise ein und bewerten das Suchtrisiko sowie die Notwendigkeit der Hilfe unterschiedlich. Bei den Essstörungen liegt dies einerseits daran, dass dieses Thema als der Familie zugehörig verstanden wird, so dass Hilfesuche weniger zu erwarten ist, andererseits scheint diese Problematik bei Migranten aufgrund anderer kultureller Werte und Schönheitsideale derzeit tatsächlich noch weniger existent zu sein. Allerdings zeigten sich diesbezüglich Veränderungen, so dass eine größer werdende Anzahl von essgestörten Migrantinnen und Migranten zu erwarten ist.

Konsequenzen

Welche Konsequenzen sind aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen zu ziehen, um erstens präventiv einzugreifen und die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung zu verhindern und zweitens die Anspruchnahme entsprechender Hilfen wahrscheinlicher zu machen?
Erstens sollte mehr Präventions- bzw. Informationsarbeit speziell für die Gruppe der Migranten geleistet werden, hierbei ist insbesondere auch eine Aufklärung über Essstörungen wichtig. Zweitens sollten muttersprachliche Mitarbeiter eingestellt und interkulturelle Kompetenzen gefördert werden, um so Barrieren dieser Art abzubauen. Drittens sollte der Leitsatz gelten, dass Therapie vor Ausweisung steht, und viertens sollte im Ausländergesetz und seiner Umsetzung besser auf die hilfsbedürftigen Suchtkranken eingegangen werden.
Allgemein ist zu sagen, dass die Realität der Einwanderung in Deutschland anerkannt werden muss und dass offenbar viele weitere Initiativen notwendig sind, um eine kulturell sensible Herangehensweise weiter zu entwickeln, die Erfahrungen von Ausschliessung und Diskrimination verringert.

Artikel

Simone Krieg, Simone Penka, Ernestine Wohlfart, Andreas Heinz
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim und Charité, Berlin

Aktuelle Forschungsprojekte in der transkulturellen Psychiatrie

Die transkulturelle Psychiatrie beschäftigt sich mit kulturell bedingten Unterschieden in der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung seelischer Erkrankungen, die häufig durch unterschiedliche Krankheitskonzepte bedingt sind. Von diesen kulturell geprägten Erklärungsmodellen (Kleinman, 1980) ist es abhängig, welche Symptome als bedrohlich oder behandlungsbedürftig verstanden werden, welche therapeutischen Maßnahmen in Betracht kommen und was die Patienten erwarten. Hier ist eine kulturell sensible Herangehensweise in der Behandlung erforderlich (Tseng, 2001). Durch die zunehmende Migration ist die transkulturelle Psychiatrie von einer Disziplin, die sich mit „exotischen" Symptomen an fernen Orten beschäftigt, zu einer Aufgabe geworden, die direkt den ärztlichen Alltag betrifft (Heise et al., 2001). Die Entwicklung zu einer multikulturellen Gesellschaft benötigt eine interkulturelle Verständigung über seelische Erkrankungen und ihre Behandlung, um Kommunikationsprobleme zu reduzieren.

Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit wurde deshalb von Professor Heinz eine **„Projektgruppe Transkulturelle Psychiatrie"** etabliert, die eng mit dem Institut für Ethnologie der Universität Heidelberg kooperierte. Sie entwickelte sich aus

Literaturverzeichnis

Grüsser, S. M., Becker, K. (1999). Drogenabhängigkeit und Migration innerhalb der Europäischen Union. In: GÖLZ, Moderne Suchtmedizin 5/1999, 1-7

Heinz, A., Payne-Jackson, A. (1998). Blood terms and concepts in Jamaicans and Jamaican Americans - acculturation of explanatory models. In: MACLAS Latin American Essays 1998, XI, 19-28

Heise, T. Pfefferer-Wolf, H., Leferik, K., Wulff, E., Heinz, A. (2001) Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. In: Nervenarzt 2001, 72, 231-233

Hunner, C., Penka, S., Krieg, S., Heinz, A. (2001). Latente Ausschliessung: MigrantInnen und Drogenhilfe. In: Kriminologisches Journal 2001, 3, 216-224

Körner, H.H. (1996). Juristische Aspekte der Drogenkriminalität und Möglichkeiten der Hilfeleistung für Drogenabhängige. In: Kommunale Ausländerinnen- und Ausländervertretung (KAV) der Stadt Frankfurt a. M. (Hg.), Drogen und Migration: Dokumentation der Anhörung am 4. März 1996 zur Situation drogenabhängiger und gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft in Frankfurt am Main. Bonn, 33-49

Niermann, M. (1983). Heroinabhängige ausländische Jugendliche in West-Berlin - Möglichkeiten und Grenzen sozialtherapeutischer Hilfsangebote. In: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der ev. Kirche in Deutschland (Hg.), Rauschmittelgefährdung bei jungen Ausländern. Eine Problemanzeige. Drogentagung. Kassel, 4-19

Schepker, R., Toker, M., Eberding, A. (2000). Eine Institution in der psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien. Praxisrelevante Ergebnisse des Projekts „Familiäre Bewältigungsstrategien". In: I. Gogolin, B. Nauck

Korrespondenz: Prof. Dr. Andreas Heinz
Klinik für Psychiatrie der Charité,
Humboldt-Universität zu Berlin
Schumannstr. 20/21 • 10117 Berlin
Tel. 0 30 / 450 5170 02 Fax 0 30 / 450 517910
E-mail: heinz@charite.de

drei aufeinanderfolgenden Hauptseminaren zur **„Einführung in die transkulturelle Psychiatrie“**, der Frage des **„Selbst und seiner Störungen in der transkulturellen Psychiatrie“** und einer Kritik des **„Rassediskurses in der Anthropologie“**. Wissenschaftskritisch befassten sich die Seminare mit der Geschichte der transkulturellen Psychiatrie und der Entstehung stereotyper Begriffe, die den aus einer fremden Kultur stammenden Anderen als „primitiv“ oder irrational bezeichnen (Heinz, 2002). Die empirische Forschung befasste sich vordringlich mit der Frage, warum die Anzahl von Migranten mit Suchterkrankungen oder Essstörungen, die das lokale Suchthilfesystem in Anspruch nehmen, gering ist. Da in Mannheim die größte Gruppe der Migranten türkischer Herkunft ist, fokussierten sich die erste Untersuchungen auf sie. Eine möglich Erklärung für die Zugangsbarrieren war die Annahme unterschiedlicher Erklärungsmodelle für Suchterkrankungen und Essstörungen, die die Kommunikation zwischen Suchthelfern und Patienten erschweren. Um dies zu klären, wurden mehr als einhundert deutsche und türkische Jugendliche im Hinblick auf ihre Erklärungsmodelle abhängigen Verhaltens befragt, zudem wurden qualitative Interviews mit Suchthelfern und drogenabhängigen Patienten durchgeführt. Es zeigten sich wichtige Unterschiede im Verständnis abhängigen Verhaltens, die beispielsweise den Sinn des Einsatzes von Informationsmaterialen, die für deutsche Jugendliche geschrieben wurden, bei Migranten in Frage stellen (Krieg et al., 2001). Weitere Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme des Suchthilfesystem bestanden beispielsweise auf Grund von Unsicherheiten bezüglich des Aufenthaltsstatus (Hunner et al., 2001).

Mit der Berufung von Professor Heinz auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Charité wechselt die Arbeitsgruppe jetzt an die Humboldt Universität zu Berlin. Hier wird unter der Leitung von Dr. Ernestine Wohlfart ein „Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Supervision“ an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité etabliert. Es finden bereits Spezialsprechstunden mit ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung statt, die Arbeit mit Dolmetschern wird verfeinert und es werden Leitlinien dazu entwickelt (www.charite.de/psychiatrie). Die inhaltlichen Schwerpunkte der ambulanten Behandlung sind migrationsspezifische psychische Probleme und psychische Folgen traumatischer Erfahrungen, verursacht durch Krieg und Folter, durch sexuelle Gewalt und familiäre Gewalt. Dabei wird eine enge Vernetzung mit den in diesem Sektor tätigen psychosozialen Projekten angestrebt. Die Basis für eine kultursensible Herangehensweise in der Behandlung, Forschung und Weiterbildung bilden transkulturell psychiatrische und ethnopsychoanalytische Theorie- und Analyseansätze (Kleinman, 1980; Tseng, 2001; Heise et al., 2002). Mittelfristig soll auch eine stationäre Behandlungsmöglichkeit aufgebaut werden, die insbesondere für Migranten und Flüchtlinge gedacht ist, die durch staatliche und strukturelle Gewalt eine schwere posttraumatische Belastungsstörung mit psychiatrischer Symptomatik entwickelt haben.
Grundsätzlich enthält der Arbeitsansatz eine genderspezifische Differenziertheit bezüglich der genannten Problemfelder. Die stationäre Behandlungseinheit soll insbesondere auch Migrantinnen mit einer suizidalen Problematik zur Verfügung stehen. Das Behandlungsteam ist mehrsprachig und repräsentiert auf Grund der Herkunft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine kulturelle Vielfalt, die einen interkulturellen Dialog und eine Konfliktkultur mit Reflexion stereotyper oder ethnisierender Deutungen ermöglichen soll und die Repräsentation von Migrantinnen im Team der Klinik verbessert. Die Begleitforschung des Behandlungsschwerpunkts und eine Befragung von Menschen, die in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen Berlins tätig sind, bildet die Basis für ein über den Klinikrahmen hinausgehendes Fortbildungs- und Supervisionsangebot. Ziel ist es, zu vermeiden, dass Störungen der Beziehungsaufnahme zu einem Verlust von Versorgungs- und Heilungschancen psychisch erkrankter Migranten führen.

Literatur

Heinz A: Anthropologische und evolutionäre Modelle in der Psychiatrieforschung. In: Heise T, Schuler J: Das transkulturelle Psychoforum. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2002.

Heise T, Pfefferer-Wolf H, Leferink K, Wulff E, Heinz A: Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie. Nervenarzt 72, 231-233, 2002.

Hunner C, Penka S, Krieg S, Heinz A: Latente Ausschließung. Migranten und Drogenhilfe. Kriminologisches Journal 33, 216-224, 2002.

Kleinman A: Patients and healers in the context of culture. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1980.

Krieg S, Penka S, Wohlfart E, Heinz A: Essstörungen und Suchtprobleme bei Migranten - Versagen des Versorgungssystems? Rundbrief der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (im Druck)

Tseng WS: Handbook of Cultural Psychiatry. Academic Press, 2001.

Korrespondenz:
Prof. Dr. A. Heinz
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Charité
Humboldt Universität zu Berlin
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin
Tel. 030/450517001
Fax 030/450517921
E-mail: andreas.heinz@charite.de

Vorstellung einer
Institution

Prof. Dr. Taylan Öney

Die Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V.
(DTM vormals TDM) stellt sich vor

Die Türkisch-Deutsche Medizinergesellschaft e.V. (TDM) wurde 1970 in Wiesbaden unter dem Namen „Verein der türkischen Doktoren“ **gegründet**. Das anfängliche Ziel der TDM war, die in Deutschland lebenden türkischen Ärzte zu vereinigen und Lösungen für ihre Probleme in Deutschland und bei Rückkehr in die Heimat zu finden.
Der Vereinssitz wurde 1977 nach Essen, 1990 nach Köln und 2001 nach Hannover verlegt. Nachdem in der Zwischenzeit auch zahlreiche deutsche Mitglieder dem Verein beigetreten sind, ist die Mitgliederzahl von anfänglich 20 mittlerweile auf ca. 300 angestiegen.
Die DTM ehemals TDM bezweckt zum allgemeinen Nutzen die medizinischen, kulturellen und sozialen Beziehungen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei zu fördern und zur Festigung der freundschaftlichen sowie kollegialen Kontakte zwischen Deutschen und Türken in medizinischen Berufen (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, klinische Psychologen) beizutragen. Neben Fortbildungsveranstaltungen zu medizinischen Themen hat sich ein Interdisziplinärer Kongress etabliert, der jedes Jahr im Monat März stattfindet.
Die DTM nimmt den Interdisziplinären Kongress, der nächstes Jahr zum vierten Mal stattfinden wird, und das in der Türkei traditionelle Medizinerfest am 14. März zum Anlass, deutsche und türkische Kollegen in einem gemeinsamen Medizinerball zusammenzuführen. Gefeiert wird die Gründung der ersten Medizinischen Hochschule im Osmanischen Reich vor 175 Jahren, die den Grundstein der modernen Humanmedizin in der jetzigen Türkei darstellt.
Die Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V. (DTM) setzt sich für eine gute Zusammenarbeit mit deutschen und türkischen Ärztekam-

mern berufspolitischen und wissenschaftlichen Bereichen ein und kooperiert mit verschiedenen Berufsorganisationen und kulturellen Einrichtungen im öffentlichen Leben wie z. B. der Deutsch - Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP), dem Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e.V. (EMZ), dem Arbeitskreis Türkischsprachiger PsychotherapeutInnen im deutschsprachigen Raum (AKTPT).

Der 14. März ist in der Türkei der „Tag der Mediziner“. Gefeiert wird die Gründung der ersten modernen medizinischen Hochschule im Osmanischen Reich vor 175 Jahren.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme an dem Kongress der DTM und würden uns darüber hinaus glücklich schätzen, Sie im Anschluss der Tagung auf dem traditionellen „Medizinerball“ zu begrüßen.

Prof. Dr. Univ. Ist. Dr. med. habil. M. Yücel
Vorsitzender der DTM

Ankündigung einer **Tagung**

Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft (DTM) e.V.

Im Namen des Vorstandes der Deutsch-Türkischen Medizinergesellschaft e.V.(DTM) lade ich Sie ganz herzlich zu unserem IV. Interdisziplinären Kongress, der **22.03.-23.03.2003 in Hannover** stattfinden wird.

Die DTM greift auch bei Ihrer vierten Veranstaltung in dieser Reihe das Thema **„Innovative Entwicklungen in der Medizin“** auf, um unterschiedliche Fachrichtungen in der Medizin zusammenzubringen. Dieses Mal liegen die wissenschaftlichen Schwerpunkte auf Themen aus der Psychiatrie, der Orthopäde und der Kardiologie. Für die zukünftigen Veranstaltungen hat sich die DTM vorgenommen, die Kollegen aus der Zahnmedizin wieder in diese Vortragsreihe einzubinden.

An dieser Stelle möchte ich nicht versäumen, mich im Namen der DTM bei allen zu bedanken, die im Vorfeld an der Organisation dieses Kongresses mitgewirkt haben. Unser besonderer Dank gilt der pharmazeutischen Industrie, ohne deren großzügige Unterstützung die Tagung in diesem Umfang nicht realisierbar gewesen wäre.

+++Stellenangebot+++Stellenangebot+++

Therapieeinrichtung für drogenabhängige Migranten vornehmlich türkischer Herkunft in Nürnberg

sucht zum 01.01.03 oder später einen

Diplom-Psychologen/in

vorzugsweise muttersprachlich mit anerkannter suchtspezifischer, therapeutischer Zusatzausbildung für die therapeutische Leitung des Hauses

Weitere Informationen:
www.dönus-drogentherapie.de
Zuschriften bitte an: mudra GmbH,
Ludwigstr. 61, 90402 Nürnberg
Bei Rückfragen steht Ihnen der jetzige Leiter Dogan Kaya-Heinlein unter der Telefonnummer 09128-2030 gerne zu Verfügung

Artikel

Norbert Hartkamp

„Krieg der Gerechten“:
objektbeziehungstheoretische Aspekte von religiösem Fundamentalismus und religiös motivierter Gewalt

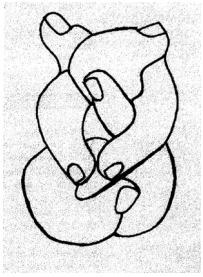
Religiöser Fundamentalismus und religiös motivierte Gewalt: Das ist das Schreckgespenst, das - so sehen es viele - die moderne Welt zu Beginn des 21. Jahrhunderts bedroht. Nicht wenige wollen ja mit Samuel Huntington einen Kampf der Kulturen ausgemacht haben, als dessen schrecklicher Ausdruck auch der Terrorismus angesehen wird, der die USA im vergangenen Jahr heimgesucht hat. Und manch einer fürchtet, dass auch bei uns ähnliches geschehen könnte, dass sich unser Gemeinwesen mit allen Mitteln davor schützen müsse, selbst wenn dies bedeutet, bürgerliche Freiheitsrechte einzuschränken, wenigstens, solange es sich nur um bürgerliche Freiheiten derjenigen handelt, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer uns fremden Religion oder zu einem uns fremden Kulturkreis ohnehin dafür prädestiniert sind, Verdacht zu wecken.

Nun soll es hier nicht darum gehen, eine politische Würdigung der Vorgänge um den 11. September und der Reaktion der westlichen Gesellschaften darauf vorzunehmen. Hier soll vielmehr die Frage gestellt sein, was psychoanalytische Erklärungsansätze zum Verständnis des Phänomens des Fundamentalismus und der religiös motivierten Gewalt beitragen können. Dazu erscheint es uns aber sinnvoll, zunächst einen Blick auf des Phänomen „Fundamentalismus“ als solches zu werfen.

Es ist heute geläufig, Fundamentalismus geradezu reflexhaft mit dem islamischen Fundamentalismus zu identifizieren, dessen Bild geprägt ist von aufgepeitschten Massen überwiegend junger Männer, die vorzugsweise amerikanische oder israelische Fahnen verbrennen, die, als lebende Bomben, unschuldigen Menschen Tod und Zerstörung bringen, von Alten, die mit prophetischen Gestus drohende Reden schwingen, von Frauen, die sich kämpferisch dafür einsetzen, sich entsprechend bestimmter, als religiös sich darstellender Vorschriften zu kleiden, von der unvorstellbaren Grausamkeit mittelalterlicher Strafen, wo Menschen, bis zur Hüfte in den Erdboden eingegraben, zu Tode gesteinigt werden oder auch einfach von der Kriminalität paramilitärischer Banditen, deren Entführungen, Waffen- und Drogenhandel auch angeblich im Dienste einer irgendwie religiös begründeten Sache stehen.

Fundamentalismus und religiös motivierte Gewalt treten uns in dieser Form als etwas radikal „Fremdes“ gegenüber, das mit unserer eigenen Kultur letztlich unverbunden und unvereinbar ist und so auch für die eigene Gruppe, die den westlich-industrialisierten Staaten zugerechnet wird, identitätsstiftend wird.

Tatsächlich aber ist der Fundamentalismus in unserer eigenen Kultur ebenso verwurzelt wie in den fremden Kulturen, auf die sich unser Blick in diesen Zusammenhängen meist als erstes richtet. Es sei hier nur in aller Kürze daran erinnert, dass der Begriff Fundamentalismus zuerst im Zusammenhang mit einer Schriftenreihe auftritt, die in den Jahren 1910 bis 1915 unter dem Titel „The Fundamentals“ von protestantischen amerikanischen Christen herausgegeben wurde und die den bezeichnenden Untertitel „A Testimony to The Truth“, „Ein Zeugnis der Wahrheit“ trug. Aus



dieser Gruppe entstand dann die „World's Christian Fundamentals Association“, womit gleichzeitig auch der Begriff Fundamentalismus für die von dieser Gruppe vertretene antimodernistische Religiosität geprägt war.

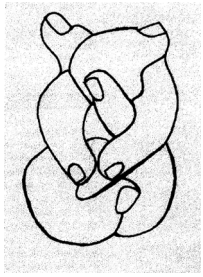
Fundamentalistische Strömungen finden sich auch heute deutlich sichtbar im Umfeld der beiden christlichen Großkirchen. Ein besonders markantes Beispiel im Umfeld der katholischen Kirche ist die von dem früheren französischen Erzbischof Marcel Lefebvre gegründete Priesterbruderschaft St. Pius X, deren Fundamentalismus sich etwa darin zeigt, wie eine Gegenüberstellung von „verteufelter Konzilskirche“ und „wahrer Kirche“ - so das „Mitteilungsblatt der Priesterbruderschaft St. Pius X. für den deutschen Sprachraum“ - vorgenommen wird, wie nach Auffassung dieser Strömung "der Stuhl Petri und die amtlichen Stellen von Rom von Antichristen besetzt" sind, Rom sich im Zustand „der satanischen Bevormundung“ befindet und der gegenwärtige Papst „moralisch verhindert“ ist.

Fundamentalistischer Auserwählungsglaube zeigt sich beispielsweise in einer Pressemitteilung anlässlich des interreligiösen Gebetstags in Assisi am 24. Januar 2002, auf den mit „tiefster Empörung und Missbilligung“ reagiert wurde, wegen der „Verwirrung, dem Skandal und der Blasphemie, die mit der Einladung verbunden sind, die der Stellvertreter Unseres Herrn Jesus Christus, des einzig eingesetzten Mittlers zwischen Gott und den Menschen, an die anderen Religionen gerichtet hat, damit sie zum Gebet nach Assisi kommen, um den Frieden zu erlangen.“ Weiter heisst es, diese Einladung „schließt sich dem freimaurerischen Plan an, einen großen Tempel der universellen Brüderlichkeit zu bauen, der über den Religionen und Glaubensbekenntnissen steht, die 'Einheit in der Verschiedenheit“ und: „Eines ist sicher: es gibt nichts Geeigneteres, um den Zorn Gottes herauszufordern.“ Sehr viel eindeutiger noch als diese an die Öffentlichkeit gerichtete Pressemitteilung ist die interne Äußerung über die innerkirchliche Reformbemühung des II. Vatikanischen Konzils: „Es ist ein offenes Geheimnis, dass für alle diese Entwicklungen letztlich die Synagoge Satans, die Weltfreimaurerei in ihren verschiedenen Verästelungen verantwortlich ist“, „Protestanten, Juden oder Antikirchliche, sie standen Pate beim 'Erneuerungswerk' der Kirche“.

Fundamentalistisches findet sich ebenso in der protestantischen Tradition, v.a. unter dem Dach der US-amerikanischen „Christian Coalition“ oder der so genannten „Lebensschützer“, die aber noch stärker als die katholische Priesterbruderschaft St. Pius X. unmittelbar darauf ausgerichtet sind, politische Macht zu gewinnen. So erklärte Pat Robertson[1], eine der Führungsfiguren der Christian Coalition 1992: „Wenn Christen zusammenarbeiten, können sie noch in diesem Jahrzehnt die Kontrolle über die Institutionen wiedergewinnen, die ihnen in den vergangenen siebzig Jahren entrissen wurde. Rechnen Sie mit Konfrontationen, die nicht nur unangenehm, sondern manchmal auch blutig sein werden... Ich bin überzeugt, wenn es vorüber ist, werden Gottes Leute siegreich daraus hervorgehen.“ Dieses politische Programm verbündet sich auf eine krude Weise mit traditionellen Patriarchismus: „Ich weiß, dass es unangenehm für manche Frauen ist, dies zu hören, aber wenn Du verheiratet bist, dann hast Du die Führung des Mannes, Deines Ehemannes akzeptiert. Christus ist der Herr des Hauses und der Ehemann ist der Herr seiner Frau, und so ist es, Punkt.“ (Pat Robertson) Im Feminismus liegt eine Gefahr für die Kultur, er „ermuntert Frauen, ihre Männer zu verlassen, ihre Kinder umzubringen (gemeint sind Embryonen, N.H.), Hexenkunst zu betreiben, den Kapitalismus zu zerstören und lesbisch zu werden“ (Pat Robertson).

Diejenigen, die sich dem fundamentalistischen christlichen Programm nicht unterwerfen, verlieren ihre Rechte, verlieren sogar ihre Humanität. Ich zitiere dazu noch einmal Pat Robertson[2]: „Es ist interessant: Termiten können nichts aufbauen, und die großen Gründerväter unserer Nation sind nahezu bis auf den letzten Mann Christen gewesen, weil Christen ein Bedürfnis haben, etwas aufzubauen. Der Christ wird durch seine Liebe zu den Menschen und zu Gott angetrieben, und daher baut er Dinge auf. Die Leute, die heutzutage unsere Institutionen bevölkern sind in erster Linie Termiten. Ihr Ziel ist es, die Einrichtungen zu zerstören, die von Christen errichtet wurden , ob es Universitäten sind, die Regierungen oder unsere Traditionen... Die Termiten haben die Führung über-

Für diese und andere Zizierungen, siehe:
1 www.geocities.com/CapitolHill/7027/patrobertson.html
2 New York Magazine 18.8.86



nommen, und so sollte es nicht sein, und die Zeit ist gekommen für eine göttliche Ausräucherung (im Original: fumigation)."

Ganz ohne Einfluss sind solche radikalen und fundamentalistischen Positionen nicht geblieben: So ist vom früheren amerikanischen Präsidenten George Bush das Zitat übermittelt: „Ich denke nicht, dass man Atheisten als Mit-Bürger (im Original: citizens) ansehen sollte, und auch nicht als Patrioten. Dies ist eine Nation unter Gott." Es gibt dann auch die Folgen, die - aus der Ferne betrachtet - fast belustigend wirken, wie das im US-Bundesstaat Alabama[3] erlassene Verbot des Besitzes und des Verkaufs von Vibratoren und aller Gegenstände, die der Stimulation der Genitalien dienen, da dies „obszön" sei. Es gibt aber auch Folgen, die weniger belustigend sind, wie etwa den Umstand, dass zwischen Anfang und Mitte der 90er Jahre in den USA fünf Beschäftigte von Abtreibungskliniken ermordet wurden, oder dass es seit Mitte der 80er Jahre zu annähernd 40 Bombenanschlägen und zu über 120 Brandstiftungen gegen Familienplanungseinrichtungen gekommen ist.

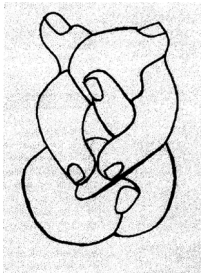
Eines wird hier deutlich: Eine radikale Krise der Gegenwart voraussetzend, bündeln die Fundamentalisten alle der alltäglichen Erfahrung zugänglichen politischen, wirtschaftlichen, ökologischen, kulturellen und religiösen Probleme zu einer „einfachen" Formel. Sie gibt Auskunft über die Ursachen der Krise und zeigt den einzig sicheren Rettungsweg an. In seinem Denken und Handeln erlebt sich der Fundamentalist dauernd als universaler Retter der Menschheit, daher sein verbissener Eifer, daher aber auch die, eine überwiegende Zahl fundamentalistischer Gruppierungen kennzeichnende, unnachgiebige Feindschaft gegenüber anderen, konkurrierenden, jeweils auch den einzig sicheren Rettungsweg angebenden Gruppierungen.

Nun mag es unzureichend sein, den Fundamentalismus als einen „Aufstand gegen die Moderne"[4] zu apostrophieren, denn ohne Zweifel ist der Fundamentalismus ebenso ein Teil und ein Produkt der Moderne wie auch eine gegen sie gerichtete Bewegung. Gleichwohl ist der Antimodernismus eines der zentralen Kennzeichen des religiösen Fundamentalismus. Dieser häufig asketisch getönte Antimodernismus zeigt sich vor allem in einer bestimmten Ausprägung einer fundamentalistischen Lebensweise. Diese ist im Regelfall und unabhängig davon, ob es sich um einen christlichen, jüdischen oder islamischen Fundamentalismus handelt, von der Betonung der alleinigen Legitimität patriarchaler Autorität und eines gottgewollten Geschlechterdualismus gekennzeichnet[5]. Mann und Frau seien unterschiedlich geschaffen, weil sie füreinander geschaffen sein. Ausdruck dieser Schöpfungsteleologie sei die Familie als eine heilige Institution. Die Frau sei dem Mann untertan. Die gottgewollte Funktion der Frau sei das Gebären und Aufziehen von Kindern, ihre natürliche Sphäre die häusliche. Die gottgewollte Funktion des Mannes sei die des Erzeugers, Beschützers und Ernährers.

Im Zentrum jeder fundamentalistischen-religiösen Gesellschaftskritik steht dabei der moralische Verfall der Gesellschaft, der als Folge des Abfalls vom göttlichen Gesetz angesehen wird. Der Verfall der Gesellschaft wird überwiegend an Phänomenen festgemacht, die auf mangelnder Selbstzucht und Eigenkontrolle beruhen. Leidenschaften, Triebhaftes, Ehebruch und Scheidungen, Musik und Tanz, Alkoholkonsum und Spielleidenschaft sind Ausdruck der gesellschaftlichen Gottlosigkeit. Ein Großteil der von Fundamentalisten verurteilten Phänomene bezieht sich auf die Rolle der Frau in der Gesellschaft oder genauer: auf die sexuellen Aspekte des weiblichen Körpers. Im fundamentalistischen Milieu der USA genauso wie unter islamistischen Türken oder radikal-orthodoxen Juden sind die Themen die unmoralische Bekleidung von Frauen in der Öffentlichkeit, die auf Reizung der männlichen Sexualität durch die Frau (Kleidung, Filme, Theater, Schwimmbäder) und unkontrollierten Kontakte und Begegnungsmöglichkeiten zwischen den Geschlechtern (Diskotheken, Schwimmbäder, schulische Koedukation)[6].

Hinter dieser Kritik steht mithin die Vorstellung von der Frau als einer potenziellen Verführerin des Mannes zur Sünde. Die weibliche Sexualität ist ein Instrument Satans, das es innerhalb patriarchaler Familienstrukturen zu entschärfen und zu bändigen gilt, das außerhalb dieser Strukturen jedoch eine Gefahr für den Bestand der weltlichen Ordnung ebenso wie für das religiöse Heil bedeutet.

3 Ala. Code § 13A-12-200.1, vgl.: www.maximag.com/current/vibes/index.html
4 Meyer, Thomas: Fundamentalismus: Aufstand gegen die Moderne, Reinbeck: Rowohlt, 1989.
5 Riesebrodt, Martin: Fundamentalismus als patriarchalische Protestbewegung: amerikanische Protestanten (1910-28) und iranische Schiiten (1961-79) im Vergleich. Tübingen: Mohr, 1990
6 Riesebrodt, Martin: Die Rückkehr der Religionen : Fundamentalismus und der "Kampf der Kulturen" München: Beck, 2000.



Offensichtlich, so unsere Zwischenbilanz, gibt es sehr konkrete Verbindungen zwischen dem fundamentalistischen religiösen Erleben und einer bestimmten Sichtweise der Geschlechterbeziehungen. Hierzu sollte uns die Psychoanalyse Auskunft geben können.

Im vorliegenden Zusammenhang möchte ich mich hier nur auf einen speziellen Aspekt konzentrieren, den, das religiöse Erleben als Phänomen des Übergangsbereichs, des Möglichkeitsraums und Spannungsraums, also des „transitional space", des „potential space" im Sinne des britischen Kinderanalytikers D. W. Winnicott aufzufassen.

Winnicott beschrieb den Gebrauch, den kleine Kinder von bestimmten Spielzeugen machen - beispielsweise einem Teddy, einem Stofftier, aber auch von der sprichwörtlichen Schmusedecke - als Gebrauch eines Übergangsobjekts[7]. Das Übergangsobjekt ist in seiner spezifischen Bedeutung für das Kind einerseits Teil der subjektiven Erlebniswelt des Kindes, das ist sozusagen von ihm „geschaffen worden", das Kind hat sich das spezifische Spielzeug, welches für es die besondere Bedeutung des Übergangsobjekt ist, gewinnt, selbst gewählt, gleichzeitig ist das Übergangsobjekt aber auch Teil der objektiven Realität, ein, wie Winnicott sagt, erster „Besitz" des Kindes[8]. Der Gebrauch des Übergangsobjekt ermöglicht es dem Kind dabei Situationen von Angst und Beunruhigung überstehen, in denen es, verfügte es über kein Übergangsobjekt, auf die unmittelbare physische Anwesenheit der Mutter oder einer primären Pflegeperson angewiesen wäre. Das Übergangsobjekt kann - selbst wenn es nur eine alte Windel ist - die Funktion der Mutter erfüllen, obwohl das Kind genau weiß und spürt, dass es natürlich nicht die Mutter ist.

Der Gebrauch eines Übergangsobjekt ist somit an einen bestimmten Modus des seelischen Funktionierens gebunden, wo nicht gefragt wird: Ist das, was Übergangsobjekt für dich bedeutet wirklich oder hast du es dir nur ausgedacht. Dieser Modus des seelischen Funktionierens ist etwas, das große Bereiche unseres kulturellen Lebens insgesamt betrifft: Fragen des Umgangs mit Symbolen, des ästhetischen Genusses, des Musikerlebens, des Spiels und eben auch der religiösen Erfahrung[9], wo wir nicht fragen: Ist das wirklich, oder hast du es dir nur ausgedacht?

Im Zusammenhang mit unserer gegenwärtigen Erörterung erscheint es mir wichtig, auf eine mögliche pathologische Entgleisung des auf den Übergangsbereich bezogenen Erlebens hinzuweisen. Der Gebrauch eines Übergangsobjekts kann sich unter pathologischen Bedingungen in eine fetischistische Richtung entwickeln[10]. So, wie religiöses Denken und Empfinden Aspekte des Erlebens des Übergangsbereichs beinhaltet, so kann es unter bestimmten Umständen auch Züge eines fetischistischen Denkens annehmen.

Hier sind einige Worte der Vorsicht angebracht. Es geht mir hier nicht darum, eine Gottesvorstellung auf das Konzept eines „Übergangsobjekts" zu reduzieren, aber die Art wie Menschen religiös denken und empfinden mag Aspekte diese Übergangsbereichs beinhalten. In entsprechender Weise können wir auch davon sprechen, dass religiöses Denken und Empfinden durch eine Dimension gekennzeichnet sind, die wir in der Sprache der Psychoanalyse als fetischistisch bezeichnen können.

Der Fetisch ist ein notwendiges Hilfsmittel für bestimmte Menschen, dass sie in Stand setzt, speziell hinsichtlich des Ausdrucks sexueller Empfindungen und des sexuellen Funktionierens als Erwachsene zu funktionieren. In diesem Sinne ist ein Fetisch eine Art „Flicken" für einen Bereich der Identität und der Körperlichkeit, der ohne diesen „Flicken" als mängelbehaftet und unzureichend angesehen würde. Wenn wir dieses Modell auf religiöses Erleben übertragen - und ich folge hier dem Psychoanalytiker und Jesuiten W.W. Meissner[11] -, dann können wir dort von einer fetischistischen Regression sprechen, wo das religiöse Erleben zum Vehikel für projektive und oder Übertragungsprozesse wird und das religiöse Erleben oder die religiöse Praxis in den Dienst von Abwehrprozessen oder in den Dienst der Befriedigung triebhafter Bedürfnisse gestellt wird. Religiöse Gegenstände, Gebete und Riten werden dann zu einem magischen Talisman, der dazu dient, magische Erwartungen zu erfüllen und kindhafte Bedürfnisse zu befriedigen. Religiöse Riten werden dann zu Zwangsritualen und reli-

7 Winnicott DW (1953) Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. Psyche 23: 666-682.
8 Stevenson O (1954) The first treasured posession. Psychoanal Study Child 9: 199-217
9 Meissner WW (1990) The role of transitional conceptualization in religious thought. In: Smith H et al. (ed) psychoanalysis and religion. S.95-116
10 Bronstein AA (1992) The fetish, transitional objects, and illusion. Psychoanal Rev 79: 239-260
11 Meissner WW (1992) Religious thinking as transitional conceptualization. Psychoanal Rev 79: 175-196

göser Glaube wird zu bloßer Ideologie. Es kann wenig Zweifel daran geben, dass fundamentalistische Religiosität, zumal, wenn es um deren gewaltbereite Formen geht, eine auf diese Weise regredierte und in den Dienst der Neurose gestellte Form eines religiösen Empfindens darstellt. Eines der Bedürfnisse, welches diese Art von Religiosität zu befriedigen verspricht, ist das Bedürfnis danach, Kränkungen ungeschehen zu machen, die in der Abhängigkeit von anderen in einer sich diversifizierenden Welt bestehen, die in der subjektiven Ohnmacht angesichts einer sich zunehmend komplexer gestaltenden Realität liegen und wohl auch in der schmerzlich erfahrenden und vielleicht nicht überwundenen Abhängigkeit des Kindes von seiner Mutter, in der gescheiterten Konkurrenz des Knaben mit seinem Vater, mit dem in fundamentalistischer Grundsatztreue die Identifikation gesucht wird, um sich ihm zu unterwerfen und gleichzeitig identifikatorisch an seine Stelle zu treten.

... INFOMATION... INFOMATION...

Referat für Ärzte und Ärztinnen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung

Anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde vom 21. bis 25. November 2001 in Berlin wurde ein neues Referat für Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung unter der Leitung von Dr. Iris Tatjana Calliess (Hannover) und Dr. Martin Finger (Frankfurt/Königstein) eingerichtet. Erstmals wird hiermit auch jüngeren Kolleginnen und Kollegen innerhalb der Fachgesellschaft ein Forum zum gegenseitigen Austausch ermöglicht. Die Initiative zur Gründung eines Referats für Ärzte in Weiterbildung innerhalb der DGPPN geht auf die European Federation of Psychiatrie Trainees (EFPT) zurück. 1991 haben sich die nationalen Vereinigungen von Assistenzärzten in psychiatrischer Weiterbildung aus allen europäischen Ländern in der EFPT zusammengeschlossen. Insbesondere in England, Belgien, Italien, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern sind die psychiatrischen Assistenzärzte schon seit langer Zeit und in vorbildlicher Weise in entsprechenden „trainee associations“ organisiert. Häufig sind diese mit guten Erfahrungen als Sektionen in die nationalen Fachgesellschaften eingebunden, so beispielsweise das Colleglate Trainees Committee des Royal College of Psychiarrists in England in Deutschland fehlte ein vergleichbares Forum bisher.

Vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen einerseits und der zunehmenden Nachwuchsprobleme im Bereich der Weiterbildungsassistenten andererseits hat die Gründung des neuen Referats für Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung Signalwirkung. So ist es den Initiatoren ein wesentliches Anliegen, die Attraktivität des Faches Psychiatrie für die Weiterbildung zu erhalten.

Unmittelbare Ziele des Referats in der Fachgesellschaft sind daher die Mitwirkung bei Fragen der Aus- und Weiterbildung und deren Qualitätssicherung sowie bei der Nachwuchsförderung. In England zeigte sich beispielsweise in puncto Nachwuchsförderung, dass aufgrund spezieller Angebote für trainees auf den Jahreskongressen des Royal College die Besucherzahlen um das 12-fache anstiegen. Grundsätzlich wird wichtig sein, spezielle Belange der Assistenten in der Ausbildungssituation zu formulieren und Fragen der beruflichen Identitätsentwicklung zu thematisieren, insbesondere im Hinblick auf eine etwaige zukünftige Entscheidung zwischen „research trunk“ und „clinical trunk“ innerhalb der Facharztausbildung. Möglicherweise kann es so gelingen, sogenannte „core competencies” für Weiterbildungskanditaten zu entwickeln und zu fördern. Über die Beschäftigung mit Fragen der Aus- und Weiterbildung sowie der Nachwuchsförderung hinaus wünschen sich die Initiatoren, auch in den übrigen Diskussionszusammenhängen der Fachgesellschaft der Perspektive der jüngeren Kolleginnen und Kollegen Gehör verschaffen zu können. Nicht zuletzt soll mit der Einrichtung des

neuen Referats ein gegenseitiger Austausch zwischen Assistenten ermöglicht werden, wozu auch die Integration der deutschen Assistenten in den Diskurs auf europäischer Ebene gehört.

Bei Interesse an weiteren Informationen einer Mitgliedschaft oder aktiven Mitarbeit bitten wir um Kontakt unter einer der folgenden Adressen:
Vorsitzende Dr. Iris Tatjana Calliess, MHH Hannover (Icalliess@aol.com)

Stv. Vorsitzender Dr. Martin Finger, Klinik Amelung Königsstein/Frankfurt
(Klinik-Amelung.Finger@t-online.de)

Dr. Iris Tatjana Calliess
Auguste Ravenstein-Weg 23 • 30657 Hannover
E-mail: Icalliess@aol.com

Der Nervenarzt 3/2002
Hannover, Dezember 2001

BUCHVORSTELLUNG

Neuerscheinungen im Ethno-Medizinischen Zentrum e.V.
Nachschlagewerk und Praxishelfer

Interkulturelle Beratung - Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung
Thomas Hegemann & Britta Lenk-Neumann (Hg.)
198 Seiten (Preis: 24,- E ISBN: 3-86135-2915)

Dieser zweite Band der Reihe Forum Migration Integration Gesundheit widmet sich Fragen Interkultureller Beratung in psychosozialen und gesundheitlichen Kontexten. Es werden bewährte Praxismodelle und Konzepte vorgestellt und diskutiert. Das Buch wendet sich als praxisorientierter Band an alle Fachleute, die auf der Reise nach einem neuen professionellen Umgang mit anderen Kulturen, nach Anregung und Hilfestellung suchen. Das betrifft Pflegende wie Ärzte, Ergotherapeuten wie Psychologen, Sozialpädagogen wie Verwaltungsfachleute und Gesundheits- und Sozialpolitiker in gleicher Weise.

Mit Beiträgen von Thomas Hegemann, Britta Lenk Neumann, Lale Akgün, Peter Flubacher, Güldane Atik-Yildizgördü¸, Gabriele Schwab, Pavlos Delkos, David Mengistu, Rainer Wolf, Miguel Macek, Karin Schulze-Rostek, Viola Hörbst, Norma Mattarei, Katrin Fliefl und Elly Geiger.

Ansätze in der Beratung und Therapie für Spätaussiedler
Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern
Jürgen Collatz & Thomas Heise (Hg.)
282 Seiten (Preis: 32,- E ISBN: 3-86135-1323)

Schwerpunkte dieses Bandes aus der Reihe „Das transkulturelle Psychoforum“ sind Ansätze und Möglichkeiten der psychosozialen Beratungsarbeit, Angebote der ambulanten und stationären Therapie, Alkohol- und Drogenarbeit, Sprachprobleme, unterschiedliche Kasuistiken sowie qualitative und quantitative Analysen als Grundlage von Hilfestellungen für konkrete Präventions- und Interventionsstrategien. Dieses Buch liefert wesentliche Impulse in der professionellen therapeutischen und beraterischen Arbeit mit Spätaussiedlern und deren Hintergründe.

Mit einem Vorwort von Jürgen Welt, dem Beauftragten der Bundesregierung für Aussiedlerfragen und Beiträgen von Dietmar Czycholl, Rudolf Giest-Warsewa, Jürgen Greiner, Thomas Heise, Helmut Holzmüller, Josef J. Leßmann, Sabine Nobbe, Christina Müller-Wille, Rudolf Rahn, Uwe Schwichtenberg, R.G. Siefen, Juri Novikov, Andrea Rieken, A. Quasthoff

• **„Interkulturelle Beratung“**
von Hegemann & Lenk-Neumann (Hrsg.)
• **„Ansätze in der Beratung und Therapie für Spätaussiedler”** von Collatz & Heise (Hrsg.)

Lieferadresse:
Ethno-MedizinischesZentrum e.V.
König Str.6, 30175 Hannover
Tel.: 0511/16841020
Fax: 0511/457215
E-Mail: emz@online.de

BUCHVORSTELLUNG

Dr. lhan Kizilhan

Depresyon
Hastali¤i Yenmenin Yolları

Depression
Wege aus der Krankheit
(in türkischer Sprache)
ISBN 3-929741-27-X 1. Auflage 2002-10-09
150 Seiten 9,70 e

Özet:

Depresif hastalıklar özellikle erken teflhis edildi¤inde çeflitli tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilirler -. Bu tavsiye kitabci¤i ile sizleri psiko terapi, ilaç tedavisi ve kendi kendine yardım gibi de¤iflik tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirmek istiyorum. Bu flekilde hastalara ve yakınlarına kolay anlaflılır olmasina karflin yinede bilimsel bir tarzla yardımcı olabilmeyi diliyorum.

Kurzbeschreibung:

Depressive Erkrankungen sind mit verschiedenen ärztlichen und psychologischen Verfahren gut behandelbar - besonders wenn sie frühzeitig erkannt werden. Das Buch behandelt u.a. die depressive Erkrankung hinsichtlich ihrer Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung migrationsspezifisch-kultureller Aspekte. Damit möchten wir Betroffenen und ihren Angehörigen in leichtverständlicher, aber sachgerechter Form helfen.

Dieses Buch erhalten Sie über jede Buchhandlung oder direkt beim Verlag:
Angela Hackbarth Verlag ; Postfach 1221;
D-78104 St. Georgen /Schww.
Tel./Fax (0 77 24) 39 33

Vorstellung einer **Institution**

Ferdinand Haenel

Aus der multidisziplinären Arbeit **am Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer**

Das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin besteht seit 1992. Menschen, die in ihren Herkunftsländern verfolgt und gefoltert worden sind und an physischen wie psychischen Folter- und Bürgerkriegsfolgen leiden, finden hier ambulante medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfe. Das Behandlungszentrum ist wie eine Poliklinik organisiert, in der die verschiedenen Disziplinen - Ärzte für Allgemeinmedizin und Psychiatrie, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten - zusammenarbeiten. Das Hilfsangebot umfasst neben psychosozialer Unterstützung medizinische und psychiatrisch/ psychologische Diagnostik und Therapie und medizinische oder psychologische Begutachtungen vornehmlich für Verwaltungsgerichte in Asylklageverfahren oder für Sozialgerichte in Klageverfahren ehemaliger in der DDR politisch Verfolgter im Rahmen des sogenannten SED-Unrechtsbereinigungsgesetzes. (GRAESSNER und WENK-ANSOHN 1999, HAENEL 1998)

Unsere Patienten stammen aus unterschiedlichen Ländern und Kulturkreisen. Die größte Gruppe bildeten im vergangenen Jahr die vornehmlich aus der Türkei stammenden Kurden, gefolgt von Bosniern und Flüchtlingen aus den Ländern des nahen und mittleren Ostens. Eine weitere größere Gruppe bilden auch die politisch Verfolgten der DDR.

In der Regel waren unsere Patienten langanhaltender, zum Teil auch mehrfacher, sogenannter kumulativer Traumatisierung durch Folter oder Bürgerkriegsereignisse ausgesetzt. Das psychopathologische Spektrum psychisch reaktiver Extremtraumafolgen beschränkt sich daher keines-

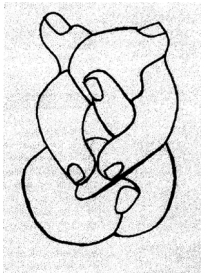
wegs auf die im ICD-10 zur Verfügung stehenden Diagnosekategorien der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) und der Persönlichkeitsveränderung nach Extremtrauma (F62.0). Sie sind zwar spezifische, jedoch nur zwei von vielen möglichen anderen psychische Folgereaktion auf ein oder mehrere traumatische Ereignisse ist (Brune 2000; Flatten et al. 2001). Schwere Depressionen, Somatisierungs- und vor allem auch ausgeprägte dissoziative Störungen, bisweilen auch reaktive, aber auch seltene schizophrene Psychosen sind im Gefolge von Folter und Bürgerkriegserlebnissen bei unseren Patienten zu beobachten.

Personen mit psychisch reaktiven Folterfolgen klagen in der Regel über Kopf- Rückenschmerzen und vielerlei anderer somatischer Erscheinungen. Sie berichten über Ein- und Durchschlafstörungen, über häufige Alpträume mit szenischer Wiederkehr traumatischer Erlebnisse, die tagsüber in gedanklicher, bildhafter, bisweilen auch akustischer Form wiederkehren (Intrusionen). Sie stehen unter andauernder Erregungs- und Angstanspannung mit Schreckhaftigkeit und situativ hervorbrechenden panischen Angstattacken. Mitunter hört man die aus dem kurdischen übersetzte Klage: „häufig verliere ich mich“, womit kurzzeitige Abwesenheitszustände gemeint sein können, in denen sie auf Ansprache durch Familienangehörige nicht reagierten oder beim Kochen am Herd das Essen anbrennen würde. Oder es werden anfallsartige Ereignisse mit Bewusstseinsverlust, manchmal auch mit Selbstbeschädigung durch z.B. Sturz- oder Verbrennungsfolgen bis hin zu gelegentlich auch vorkommende über Stunden andauernde Orientierungslosigkeit mit ziellosem Herumirren (dissoziative Fugue) beschrieben. Die psychische Verfassung ist häufig sehr depressiv, im Affekt wirken sie verzweifelt, hilf- ratlos und ängstlich-angespannt, als seien sie bedroht. Die Zurückhaltung und das Misstrauen im Erstkontakt weicht einer entspannteren Offenheit, wenn die Betroffenen anhand der Fragen des Untersuchers feststellen, dass dieser sowohl mit den persönlichen psychischen Phänomenen wie auch mit den politisch gesellschaftlichen Umständen in ihren Herkunftsländern vertraut ist. Meist später erst wird von impulsiv-aggressiven Affektausbrüchen aus alltäglichen und harmlosen Anlässen heraus, die auch mit Tätlichkeiten gegen Angehörige, Ehegatten und Kinder verbunden sein können, berichtet.

Hinzu kommt, dass in seltenen Fällen auch andere psychiatrische und neurologische Erkrankungen psychische Folterfolgen begleiten können, was eine eingehende psychiatrische und körperlich neurologische Untersuchung und gegebenenfalls zusätzliche apparative Diagnostik erforderlich macht.

Während bei seltener vorkommenden paranoid psychotischen Syndromen eine neuroleptisch medikamentöse Therapie unumgänglich ist und eine ausgeprägte depressive Symptomatik mitunter eine antidepressive Begleitmedikation erforderlich macht, liegt der Schwerpunkt des therapeutischen Angebots am Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer in Einzel- und Gruppenpsychotherapie, zumeist unter Mitwirkung von Dolmetschern (HAENEL 1997). Das Spektrum der im Behandlungszentrum vertretenen Psychotherapierichtungen umfasst derzeit Atem- und Gestalttherapie, Psychodrama, systemische Familien- und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Konzentrativer Bewegungstherapie (KBT) und Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Musiktherapie. Seit zwei Jahren gibt es eine Abteilung für Kinder und Jugendpsychotherapie.

Psychotherapie mit Folteropfern beinhaltet zum einen die Wiederentdeckung alter oder Entwicklung neuer Ressourcen, durch die der Patient gegenüber der Dominanz des traumatischen Introjektes Ichstärke gewinnt. Zum andern findet, was erlebt und erlitten wurde und in Worten und in Gefühlen der Umgebung bisher nicht mitteilbar gewesen war, im therapeutischen Rahmen die Gelegenheit des Ausdrucks in Worten, Gefühl, Körperhaltung, -bewegung, -empfindung sowie auch kreativer Gestaltung und wird bei hinreichendem Verständnis und Empathie des Therapeuten von diesem in verminderter Stärke und in ertragbarerem Ausmaße zurückgespiegelt. Dieser Vorgang findet als Kern- oder Elementarprozess im Therapieverlauf seine vielgestaltige Wiederholung. An dessen Ende tritt an Stelle des alten dominierenden traumatischen Introjektes ein verändertes, in seiner psychodynamisch symptomverursachen-



den und alltagseinschränkenden Dominanz herabgesetztes Introjekt. Dieses lässt sich innerhalb der Repräsentanzen von Welt und Selbst im Ichbewusstsein des Patienten einordnen und wird hierdurch steuer- und beherrschbar. Der in den ersten Anamnesegesprächen geäußerte Wunsch vieler Patienten, die Erinnerungen an das Trauma und die damit verbundenen Symptome mögen ähnlich wie Dateien in einem Computer einfach gelöscht werden, ist natürlich nicht erfüllbar. Realistisches Ziel einer Psychotherapie mit Folteropfer ist, die Dominanz und die mit ihr verbundene symptomverursachende Psychodynamik des traumatischen Introjektes im Laufe der Therapie soweit zu mindern, dass die Erinnerungen an das Trauma im Alltagsleben beherrschbar und Daseinsfreude und zukünftige Lebensgestaltung wieder möglich werden.

Das empathische und verstehende Mitgehen des Therapeuten ist wichtige Voraussetzung für ein therapeutisches Klima, in welchem sich beim Patienten Angstfreiheit und Vertrauen als Grundlage für Offenheit ausbilden kann. Die Erfahrung, die Patienten im Laufe der Zeit innerhalb des therapeutischen Prozesses mit einem anderen Menschen machen, bilden ein neues, positiv stützendes Introjekt, welches zusätzlich als Gegengewicht gegenüber den traumatischen Introjekten dienen kann. Eine weitgehend stabile, positive Übertragung ist hierfür Voraussetzung. Hierbei sind transkulturell bedeutsame Unterschiede zu berücksichtigen. Z.B. wird dem Therapeuten von Patienten aus dem patriarchalisch strukturierten Kulturkreisen wie dem isalmischen oft die Autorität eines Ratgebers, Lehrers, Geistlichen zuerkannt und eine solche Rolle von ihm erwartet. Das Beziehungsangebot einer Beziehungsebene von gleich zu gleich ist in solchen Fällen fehl am Platz. Vor dem Hintergrund traumabedingter Tendenzen zu Misstrauen, Rückzug und Isolation mag die aus dem ungewohnten Beziehungsangebot hervorgehende Verunsicherung und Irritation beim Patienten die Bildung einer positiven stabilen Übertragung zusätzlich erschweren. Der vom Patienten als ratgebende Lehrerautorität betrachtete Therapeut kann der Versuchung, vorwiegend Ratschläge zu erteilen und den Patienten in der Rolle des hilflos Passiven zu belassen, dadurch entgehen, indem er sich einer Technik bedient, die sich einer Gewohnheit und Brauchtum der heimatlichen, islamischen Kultur bedient. Statt konkreter Ratschläge antwortet er auf die suchenden Fragen seines Gegenübers mit einer Erzählung aus dem aus der umfangreichen Sammlung der Sagen und Mythen des islamischen Kulturkreises, deren Gehalt eine metaphorische Entsprechung zum dem augenblicklichen Konflikt oder Problem des Patienten wiedergibt. Mythen und Sagen haben in allen Kulturen orientierende und ratgebende Funktion. Sie können dazu einladen, die eingeengte, in einem Gesichtswinkel erstarrte Position des Betrachters aufzuweiten und zu verändern, ihm neue kreative Möglichkeiten im Umgang mit einem persönlichen Konflikt oder Problem an die Hand zu geben und neue Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. (AHMAD 1998)

Zugleich birgt der Rückgriff auf Wert und kreativen Reichtum der Herkunftskultur einen Hinweis auf Wert, Selbstverständnis und kreativer Kompetenz der Persönlichkeit, die in diesem Kulturkreis großgeworden ist. Gedanken, Phantasien, vielleicht auch schöne Kindheitserinnerungen werden angeregt, Überlegungen angestellt zur inhaltlichen Korrespondenz der augenblicklichen Notsituation und der dargebrachten Erzählung. Der Schwung des Kreativen bildet eine psychische Alternative und schafft innere Distanz zu den beherrschenden, erbarmungslosen, immer wieder aufs neue nacherlebten Inhalte traumatischer Introjekte.

Wer weitergehendes Interesse an der Arbeit des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer hat, dem sei die jüngst im Springer Verlag Heidelberg erschienene Buchveröffentlichung empfohlen:

Birck A., C. Pross, J. Lansen:
Das Unsagbare Springer Heidelberg 2002

Literatur:

Ahmad S.: Die Einbeziehung kultureller, traditioneller und religiöser Normen in die Arbeit der Systemischen Familientherapie und der Narrativen Therapie. Vortragsmanuskript zum Kongress, Trauma und Kreativität, Köln März 1998.

Graessner S, Gurris N, Pross C (Hrsg).: Folter, an der Seite der Überlebenden. München Beck 1996

Graessner S., Wenk-Ansohn M. (1999): Spuren der Folter. Verlag des Behandlungszentrums für Folteropfer. In Vorbereitung.

Gurris N., Wenk-Ansohn M.(1997): Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A.(Hrsg): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen, Springer, Berlin, Heidelberg 1997

Haenel F.(1997): Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. Systhema 2/1997, 11 Jahrgang, pp 136-144 (deutsche Version) und in Torture 3/1997, Vol. 7, pp 68-71(englische Version).

Haenel F.(1998): Special problems in the assessment of the psychological sequelae of torture and incarceration. In: Oehmichen M (Hrsg) Maltreatment and Torture. Schmidt Roemhild Verlag, Lübeck 1998

Informationen der Beauftragten der Bundesregierung **für Ausländerfragen**

... INFORMATION ... INFORMATION ...

Ausländerbeauftragte diskutieren Zuwanderungs-und Integrationspolitik im Umbruch

Am heutigen Mittwoch endete in Wolfsburg die diesjährige Bundeskonferenz der Ausländerbeauftragten von Bund, Ländern und Gemeinden. Unter dem Vorsitz der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Marieluise Beck, diskutierten die 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwei Tage lang aktuelle Fragen der Ausländer- Flüchtlings- und Integrationspolitik.

Schwerpunkt der diesjährigen Tagung bildete das Thema „Zuwanderungs- und Integrationspolitik im Umbruch“ und die Diskussion um die Umsetzung des Zuwanderungsgesetzes.

Die Bundeskonferenz begrüßte, dass mit dem Zuwanderungsgesetz die längst überfällige Änderung der politischen Definition der Bundesrepublik hin zu einem Einwanderungsland vorgenommen wurde. Hinsichtlich der Umsetzung des Gesetzes sei es nun unerlässlich, zügig ein ausreichend finanziertes und genügend ausdifferenziertes Angebot an Integrationskursen zu entwickeln, welches den unterschiedlichen Lebenslagen der Zuwanderer gerecht wird. Dabei gelte es, bisherige Integrationsmaßnahmen nicht abzubauen, sondern die Integration von Migrantinnen und Migranten zu einer politischen Priorität und Querschnittsaufgabe aller Bereiche zu machen. Aufgrund der maßgeblichen Änderungen nach diesem Gesetz sollten ferner die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ausländerbehörden und Beratungsstellen bereits jetzt entsprechend fortgebildet werden. Die Konferenz forderte die Länder auf, von der Möglichkeit der Einrichtung von Härtefallkommissionen Gebrauch zu machen und sich gemeinsam mit dem Bund auf eine klare und bundeseinheitliche Altfallregelung für bisher Geduldete zu einigen. Mitentscheidend für den integrationspolitischen Erfolg des neuen Gesetzes sei es, wie viele Menschen aus dem Kreis der bisher Geduldeten künftig einen rechtmäßigen Aufenthalt erhalten werden.

Die Ausländerbeauftragten betonten angesichts der Aufgabe der Zuwanderungsgestaltung die Bedeutung unabhängiger Querschnitt- Stellen in Ländern und Gemeinden, die das Verwaltungshandeln und die Integrationspolitiken kritisch begleiten und damit Interkulturalität von Gesell-

... INFORMATION ... INFORMATION ...

schaft, Politik und Verwaltung fördern.

Die Bundeskonferenz wendete sich in diesem Zusammenhang nachdrücklich gegen Überlegungen, die Ausländerbeauftragten in den Ländern Hamburg und Sachsen-Anhalt als weisungsgebundene Stabsstellen abzuschaffen.

Diskutiert wurden auch andere aktuelle politische Entwicklungen. So forderte die Bundeskonferenz die Innenminister- und Senatoren des Bundes und der Länder im Vorfeld der Innenministerkonferenz auf, den generellen Abschiebeschutz für Minderheitenangehörige aus dem Kosovo zu verlängern, da die allgemeine Bedrohungslage auch nach Einschätzung des UNHCR und der OSZE fortbesteht.

Die Bundeskonferenz plädierte dafür, bei der Rückkehr von afghanischen Flüchtlingen, die nach dem Ende des Taliban Regimes mittelfristig möglich wird, koordiniert und mit den internationalen Organisationen abgestimmt vorzugehen. Ferner sprachen sich die Beauftragten für eine großzügige Altfallregelung für diejenigen afghanischen Flüchtlinge aus, denen jahrelang der Flüchtlingsstatus vorenthalten wurde.

Die Bundeskonferenz forderte ferner die Bundesregierung auf, zügig und möglichst noch in dieser Legislaturperiode zumindest den zivilrechtlichen Teil des Antidiskriminierungsgesetzes einzubringen, welcher die Gleichbehandlung von Migranten im Zivilrecht gewährleistet und einen klaren und wirksamen Schutz vor Diskriminierungen im Alltag bietet. Dabei sollte das Merkmal Religion als verbotenes Unterscheidungskriterium im Gesetz erhalten bleiben. Nötig sei ferner die Umsetzung der europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien auch im Arbeitsrecht und im öffentlichen Recht.
Die Beschlussfassungen der Resolution sind unter www.bundesauslaenderbeauftragte.de
unter Aktuelles eingestellt.

Mit freundlichen Grüßen
Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen
Besuchen Sie uns unter
wwwbundesauslaenderbeauftragte.de

I n f o b r i e f

Arbeitskreis **türkischsprachiger PsychotherapeutInnen**

Kontakt: Dr. Dipl.-Psych. M. Toker, Westf. Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Heithofer Allee 64, 59071 Hamm,
Tel.: 02381-893143
E-mail:aktpt@web.de Internet:www.aktpt.de

26. November 2002

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

merhaba

am 9.11.2002 trafen wir uns zu einem KoordinatorInnen-Treffen in Frankfurt. Zuerst möchte ich im Namen aller Meral Demirkol dafür danken, dass sie uns ihre Praxisräume zur Verfügung stellte und auch auf die Teilnahme an einer gleichzeitig im Oberharz stattfindenden Tagung verzichtete, so interessant sie auch war.

Es trafen sich Meral für Hessen, Kaya Gülbeyaz für Hamburg, Kadir Kaynak für Berlin, Ilhami Atabay für Bayern und ich für die NRW-Gruppe. Soner Tuna von der Gruppe Niedersachsen schaltete sich per Telefon dazu.

Wir besprachen zunächst die Situation in den Gruppen und anschließend die Vorbereitung unseres nächsten Jahrestreffens.

R e g i o n a l g r u p p e n

Soner berichtete, dass die Gruppe in Niedersachsen große Schwierigkeiten hat. Es treffen sich immer wieder andere Mitglieder, je nach Austragungsort der Sitzung. Eine inhaltliche Diskussion kommt kaum noch zustande, dafür ist die Gruppe zu heterogen besetzt. Eine „Krisensitzung“ soll die weitere Perspektive der Gruppe bestimmen. Gedacht ist auch eine Auflösung.
(Anmerkung MT: Hessen und Bayern haben auch solche Talfahrten gemacht und sich dann mit der Ausrichtung einer Jahrestagung wieder zusammengeschlossen.)

NRW berichtete von 4 Treffen im Jahr, wo auch nur noch die schriftlich eingeladen werden, die sich zuvor auch beteiligten oder ihr Fernbleiben jeweils entschuldigen. Die Treffen haben ebenfalls regionale Akzente, was die TN-Zahl betrifft. Themen sind neben Fallbesprechungen die gesundheitspolitischen Entwicklungen. Auch bemüht sich die Gruppe, dass in der Psychotherapeutenkammer ein Ausschuss **„Interkulturelle Psychotherapie“** gegründet wird.

Im Rhein-Main Gebiet wird bald ein „Verein türkischsprachiger PsychotherapeutInnen“ gegründet sein. Zielgruppe sind Ärzte und Psychologen. Die Gruppe trifft sich regelmäßig und arbeitet auch fallspezifisch inhaltlich. Zwei Mitgliedern der Gruppe wurde der Dipl.-Psych. Grad vom Wissenschaftsministerium Hessen anerkannt, obwohl sie ihren Abschluss in der Türkei gemacht hatten (lisans bzw. B.A.).

Die Hamburger wollen ihren Verein schon wieder auflösen. Nicht mangels Mitglieder, sondern weil ihnen die Gemeinnützigkeit fehlt und somit der Verein mehr kostet als einbringt. Zielgruppe sind derzeit therapeutisch Tätige im engeren Sinne. Fallarbeit und Intervision stehen im Vordergrund. Wer mehrmals nicht kommt, wird auch nicht mehr angeschrieben. Dies habe zu einer „positiven Kohäsion“ geführt.

Die Tagungsorganisation habe der Gruppe Bayern sehr gut getan. 4 mal im Jahr treffen sich die 12 Mitglieder aus München. Derzeit versuchen sie wegen der großen Nachfrage nach türkischsprachiger Therapie Gruppentherapieangebote zu entwickeln. Weiteres Thema: Öffentlichkeitsarbeit, Entwicklung eines Faltblattes.

Berlin hat Stress ohne Ende. 60-70 Mitglieder mit unregelmäßiger Teilnahme seien schon ein Problem. Wegen der Tagungsvorbereitung finden die Sitzungen nicht mehr alle 2-3 Monate, sondern alle 4 Wochen statt. In der großen Gruppe kann eine Fallarbeit nicht stattfinden. Deswegen werden kleinere Supervisionsgruppen gebildet (z.B. die der Psychoanalytiker) oder es besteht ein Angebot Gründungen von Untergruppen (z.B. Familienhelfer) mit der Stellung eines Supervisors zu unterstützen.

Jahrestreffen 2003

Organisatorisches: (ohne Gewähr)
Das Treffen findet statt vom 28.02.-2.03.2003 im Jagdschloss Glienicke an der Berliner Grenze zu Potsdam.

Anreise am Freitag ab 15:00 Uhr. Abreise Sonntag bis spätestens 17:00 Uhr. Vollverpflegung mit Nachmittagskaffee. Reserviert sind 20 EZ und 15 DZ, die aufgestockt werden können.
EZ: 68,-E x 2 Nächte • DZ: 57,-E x 2 Nächte
Hinzu kommt noch eine Tagungsgebühr, die voraussichtlich vor Ort erhoben wird und entsprechend der Sponsoreneinkünfte möglichst niedrig ausfallen soll. Gedacht ist dieses Geld für die Begleichung der Organisationskosten und die Gestaltung des kulturellen und kulinarischen Rahmenprogramms.

Wichtig:
Damit auch alle im Schloss unterkommen, ist eine frühzeitige Anmeldung notwendig. Also bitte, sobald die Einladungen zugeschickt wurden, diese ausfüllen und einsenden!

Inhaltliche Vorbereitung
Wir entschieden uns für zwei Vorträge (Freitag und Samstag) und vier Workshops (Samstag ganztags). Hier die Arbeitstitel.
Freitagabend:
Dr. Haci Halil Uslucan u. Dr. Ismail Kalayci: Heimweh und Akkulturation türkischer Migränen in Deutschland. Ergebnisse einer Studie mit 400 türkischen Erwachsenen in Berlin.
Samstag:
Feriste Eksi: Altorientalische Musik in der Behandlung von psychosomatischen Patienten.
Samstag Workshops:
Meral Renz und Dr. Haydar Karatepe: Sexualtherapie (Fortsetzung, Quereinstieg möglich).
Dr. Yesim Erim: Selbstbestimmung - Fremdbestimmung. Gruppentherapie mit Frauen.
Soner Tuna: Zerrissene Familien. Gibt es eine kollektivistische Ausgestaltung der PAS? Familienrechtliche Aspekte.
Dr. Oktay Yagdiran und Dr. Mehmet Toker: Entwicklung von Leitlinien zur interkulturellen Diagnostik und Psychotherapie.

Die genauen Titel mit Kurzbeschreibung bitte bis Ende November an Kadir Kaynak nach Berlin weiterleiten.

Es gab auch die Idee, einen Bücherflohmarkt für psychologische, medizinische und philosophische Bestände der TeilnehmerInnen aufzubauen. Also, wer Bücher loswerden möchte, gleich mitbringen.

Das war es denn wohl auch. Ich wünsche Euch einen guten Wintereinstieg und hoffe auf ein Wiedersehen in Berlin 2003.

Dostca selamlar *Mehmet Toker*

Einleitungsvortrag 5. Symposium für Künstlerische Therapien
10. - 12. Mai 2002 in Hannover

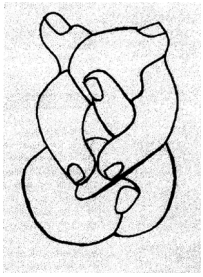
Prof. Dr. med. Peter Petersen

Gewalt und **Toleranz**
Wie können Künstlerische Therapien helfen?

Einleitung

Dieses Symposion sollte ursprünglich in Tallinn, der Hauptstadt von Estland, stattfinden. Ich habe es zusammen mit zwei estnischen Musiktherapeutinnen, Alice Pehk und Tiiu Arro, im Oktober 2000 konzipiert, also vor gut 1 1/2 Jahren. Aus verschiedenen Gründen mussten wir das Symposium nach Hannover verlegen. Jedoch haben wir die Fäden zu den baltischen Staaten leben lassen. So kommt es, dass Inge Tael aus Tallinn und Liga Adamsone mit ihrem lettischen Kammerchor „Der Flügel“ bei uns sind.

Im Sinne dieser europäischen Besetzung haben wir dieses Mal Therapeutinnen aus den Niederlanden als Referentinnen eingeladen (Elsa Vink-Brouwer, Truus Wertheim-Cahen und Jaap van de Weg). Vermittlerin war Anna Schwertfeger aus Utrecht, die aber wegen ihrer Erkrankung jetzt keine Gruppe leiten wird.
Gewalt in verschiedener Gestalt ist in Therapien oft im Spiel, zumindest in erinnerter Form bei den Opfern von Gewalt. Therapeuten haben es heute mehr denn je zu tun mit den Abgründen der Seele des Menschen, auch wenn sie mit ihren Methoden den sicheren Ort zusammen mit ihren Patienten aufzusuchen gelernt haben; den sicheren Ort, wo beide, Patientin und Therapeutin in Sicherheit sind. Gewalt kann Toleranz herausfordern. Toleranz heißt nicht passives Hinnehmen der Realitäten, vielmehr ist es ein geistiges und moralisches Element aktiver Tapferkeit und Mut zur Liebe (Theodor Heuss).
Wie Toleranz im Gewande von Zivilcourage wirken kann, möchte ich an einem Vorbild aus der Nazizeit in Deutschland darlegen.
Lina Haag war jung, liebte ihren Mann, war gerade Mutter einer Tochter geworden, als die Familie 1933 auseinandergerissen wurde. Ihr Mann wurde als Kommunist ins Konzentrationslager verschleppt. Auch sie wurde drei Jahre lang im KZ gepeinigt. Was sie dort am Leben gehalten hat, war ihre innere Stärke, die auf ihrer Fähigkeit beruhte, sich ihres eigenen Verstandes zu bedienen. Das half ihr, in aussichtslos erscheinenden und demütigenden Situationen auch die SS psychologisch zutreffend einzuschätzen. Ihr eigenes Leben vermochte sie dadurch zu retten, dass sie den Ehrgeiz des Kommandanten ansprach, seine Kompetenz, eine Frau wie Lina entlassen zu können, unter Beweis zu stellen. Es wäre verständlich gewesen, wenn sie, unverhofft wieder frei, still abgewartet hätte, bis der Krieg zu Ende war. Doch Lina Haag kämpfte mit dem Mut der Verzweiflung um ihren Mann. Im vollen Bewusstsein der tödlichen Gefahr, in die sie sich erneut begab, reiste sie nach Berlin, verlangte den Reichsführer der SS und Herrn über Polizei und Konzentrationslager, Heinrich Himmler, zu sprechen. Lina Haag hat von ihm die Freilassung ihres Mannes, eines Kommunisten, erreicht (Benz).



Zivilcourage ist häufiger als wir meinen. In der Holocaust-Gedenkstätte Yad Vashem wurde der Garten der Gerechtigkeit der Nationen eingerichtet. Die Auszeichnung „Gerecht“ bekommt - meist posthum - nur, wer sich ohne Eigennutz und unter großem Risiko für Bedrohte einer Gruppe wehrte, zu der er selber nicht gehörte. In Yad Vashem zählt man 17.433 Gerechte (Neue Züricher Zeitung März 2001)

Ich werde nun in drei kurzen Abschnitten sprechen über:

Ein Panorama von Gewalt
- Toleranz
- Eine Antwort Künstlerischer Therapeuten

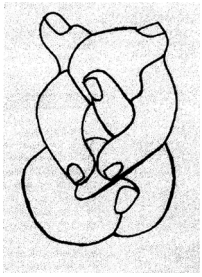
Gewalt

Untertitel: Gewalt ist ein altes Thema

Obwohl ich doch das Thema „Gewalt und Toleranz” kreiert hatte, so drückte ich mich um die Bearbeitung des Themas herum in einer Zeit, die ich mir gerade zum Ausarbeiten und Schreiben reserviert hatte. In den ersten Tagen wollte ich mich überhaupt nicht auf das Thema einlassen. Ich vermied es. Dann begann ich, die Texte von Enzensberger, Sofsky und vom 11. September 2001 zu beschnuppern - jedoch nicht, sie systematisch aufzuarbeiten. Das Grauen und die Aussichtslosigkeit, die Ohnmacht und auch die Verzweiflung kamen mich an. Das wurde noch zusätzlich verstärkt durch die täglichen Zeitungsnachrichten, die über Kriegsvorbereitungen gegen den Irak berichteten. Hilflosigkeit und Wut breiteten sich bei mir aus. Erst allmählich kam ich zu mir selbst, zu der Frage: Was kann ich selbst hier tun? Wo ist mein Stand? Wie setze ich meine Prioritäten angesichts des Themas? Der Soziologe Wolfgang Sofsky breitete in seinem **„Traktat über die Gewalt“** ein eindrucksvolles Panorama grauenhafter Spielarten von Gewalt aus, angefangen von der Tortur über die Hinrichtung, das Massaker, die sinnlose Zerstörung der Dinge, bis zu Gewalt und Leidenschaft, Gewalt, Angst und Schmerz. Das ist zunächst überwältigend.
Ich bringe einige Zitate, zunächst aus dem Kapitel **„Gewalt und Leidenschaft“**, Seite 45 bis 64.

Um das Jahr 1440 kam der französische adlige Gilles de Rais vor Gericht wegen Sodomie an vielen Knaben. Die Gerichtsakten halten das grausame Geschehen so genau fest, dass auch die Rekonstruktion und psychologische Interpretation noch 600 Jahre später möglich ist. „Was die Metzeleien des Gilles de Rais so unglaublich macht, ist die Verknüpfung von Verstand, Leidenschaft und Ritual. Die Kälte der Berechnung ist untrennbar mit dem Rausch des Blutes verknüpft, die Langeweile mit dem Erfindungsgeist menschlicher Bestialität.“ Dabei zielt die Grausamkeit nicht. „Sie hat keinen anderen Sinn, als sie selbst. Die Wollust war ihm eine Wollust der Gewalt“ - sonst nichts.

Beim Massaker (Seite 173 - 190) ist ebenfalls der Sinn der Zerstörung die Zerstörung selbst. Das Massaker ist reine Gewalt - nichts sonst .... Von Anbeginn hat die Aktion kein Ziel jenseits ihrer selbst .... die Ziele sind nicht Sieg und Macht, sondern das Blutfest, das Feuerwerk der Explosion. „Auch das technisierte Massaker hat diese Qualität.“ Die summarische, flächendeckende Wirkungskraft der Waffe entschädigt für den Mangel an sensorischem „Reiz“. Obgleich die Verwüstung unübersehbar ist, überfliegt der Pilot mehrmals den Ort des Bombenabwurfs im Tiefflug. Er will die Bilder seines Erfolgs festhalten.... Sein Triumph bemisst sich nicht an der Qualität der Grausamkeit, sondern an der Quantität der Zerstörung, an der Ästhetik der Destruktion...., an der Masse der Toten. Die Begeisterung verlagert sich auf die perfekte Handhabung des Gerätes, auf die Waffe, in der er sich verkörpert und die doch nur die Fortsetzung seiner selbst ist.... Die Gelüste der Selbstentgrenzung, Souveränität haben freien Lauf.... Im Ablauf der Grausamkeit wechseln Orgiasmus und Stillstand, Ruhe und Rausch. Der Triumph will ausgekostet, der Erfolg der Quälerei überprüft werden.
Im Kapitel **„Die Zerstörung der Dinge“** (Seite 191 - 208) heißt es wiederum über den Sinn der Zerstörung: „Den Kräften der Zerstörung sind alle Zwecke gleich gültig.“ - „Das heißt, die Zerstörung ist zwecklos.“ Die Gewalt der Zerstörung sucht die freie Fläche, die tabularasa.
Ihr Werk ist erst vollendet, wenn sie nichts mehr zu tun hat, weil alles was sie aufhalten könnte, verwüstet ist. Das Zerstören strebt zur Totalisie-



rung seiner selbst. Vollständig aber ist die Destruktion erst, wenn auch die letzten Spuren getilgt sind und nichts.... mehr auf die frühere Existenz der Objekte hinweist.
Zusammenzufassen ist mit dürren Worten: Gewalt richtet sich auf Totalvernichtung von Menschen und Dingen, sie hat ihren Sinn ausschließlich in sich selbst - Zwecke, Ziele und Motive von außen sind der Gewalt fremd. Psychologische Grundkonstante der Gewalt scheinen sich über die Jahrhunderte gehalten zu haben. Sie gehören zur „möglichen" Natur des Menschen - nicht aber zur Natur des Tieres. Der eigentliche Sinn der Gewalt ist die Vernichtung schlechthin.
Das 20. Jahrhundert ist ein Jahr ungeheuerlicher Gewalt und massenhafter Grausamkeiten. Auschwitz ist ein schreckliches Symbol dafür. Adorno hielt es für barbarisch, nach Auschwitz noch ein Gedicht zu schreiben. Und doch - die Kunst nahm sich der Gewalt an; in verschiedenem Grade hob die Kunst die Gewalt in eine Sphäre, die nichts vom Grauen verdeckte und doch ein tragbares Gewand gab. Paul Celans „Todesfuge" und die vielen Todesgedichte der Nelly Sachs sind bekannt als Wolf Biermanns Gedicht

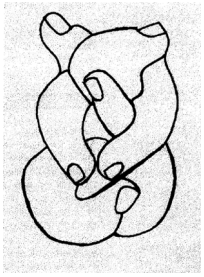
Nach Auschwitz

ja, es ist keiner da, der den Toten noch
Mit Totenfeiern groß Ruhe schafft

Die Sterbeglocken, mein toter Freund
Es stimmt: Sie schweigen schon lange.
Doch sie schweigen aus anderem Grund:
Es stirbt sich inzwischen so massenhaft
Wir verrecken so unter dem Hund
Und sind an uns selbst so verdorben
- und darum läuten die Glocken nicht mehr:
Es wird ja zu viel gestorben.
Und als mein Vater in Auschwitz brannte
War auch keine Sterbeglocke zu Hand.
Da war ja der Tod schon selber todkrank...

Globale Politik: Gewalt nach dem 11.09.2001

Die Angriffe auf das World Trade Center und das Pentagon am 11. September 2001 sind hinreichend bekannt. Diese perfide kalkulierten Selbstmordattacken erregten in der Welt weit mehr Aufsehen als viele Gewalttaten der letzten Jahre. Auch selbst, weil die USA mit globalen wirtschaftlichen und militärischen Machtzentren Ziel dieser Angriffe waren - schien sich Gewalt darin zu konzentrieren. Zugleich wurde die Angst vor weltweitem Terror und globaler Anarchie geschürt.
Wenn ich nur oberflächlich Nachrichten und einige Literatur über die Ereignisse nach dem 11. September 2001 durchmusterte, entsteht bei mir der Eindruck von einer groß angelegten Verschleierung. In einem Appell an die amerikanische Welt versucht die bekannte amerikanische Publizistin Susan Sontag dem zu entgegnen: „Das Missverhältnis zwischen den Ereignissen und der Art und Weise, wie sie verarbeitet wurden auf der einen Seite und dem selbstgerechten Blödsinn und den dreisten Täuschungen praktisch aller Politiker (mit Ausnahme von New Yorks Bürgermeister Giuliani) und Fernsehkommentatoren... auf der anderen Seite ist alarmierend ...."
Die Stimmen .... schienen sich zu einer Kampagne verschworen zu haben: „Die Öffentlichkeit noch mehr zu verdummen". Diese Gewalttat ist „kein Angriff auf die Zivilisation", die „Menschlichkeit", sondern nur ein Angriff auf die Vereinigten Staaten, die einzige selbsternannte Supermacht.... Die Einstimmigkeit der frömmlerischen, realtätsverzerrenden Rhetorik fast aller Politiker und Kommentatoren in den Medien.... ist einer Demokratie unwürdig. Und Susan Sontag endet ihren Aufruf mit den Worten: **„Lasst uns gemeinsam trauern, aber lasst nicht zu, dass wir uns gemeinsam der Dummheit ergeben"**.
Die wirklichen globalen Probleme wurden verschleiert hinter der Hektik einer militärischen Antiterror-Allianz, für die Hunderte von Milliarden Dollar ausgegeben werden
In dieser Hektik war keine Zeit, eine alte Weisheit zu beherzigen: „Wenn die Ereignisse stagnieren, muss man die Analyse beschleunigen - aber wenn sie sich überstürzen, muss man sich Zeit lassen"(Baudrillard). Statt sich Zeit zu lassen, brach die Nato unter Führung der USA einen völkerrechtswidrigen Angriffskrieg gegen das Taliban-Regime in Afghanistan vom Zaune. - Vom US-Präsidenten hochtrabend als „Kreuzzug" gegen die Achse des Bösen deklariert. Dieser offenbar schon vor dem 11. September 2001 von den USA



geplante Eroberungskrieg (laut IPPNW-Forum Nr. 71 - 73) sollte den Bau der Erdöl-Pipeline durch Afghanistan sicherstellen. Es scheint: Die Attacke war der willkommene Anlass, um diesen Krieg moralisch zu bemänteln. Die NATO-Verbündeten der USA wurden zur Kriegsteilnahme rechtswidrig verpflichtet. Jedoch: „Der Bündnisfall, den die NATO ausgerufen hat, entbehrt der faktischen Grundlage. Denn er ist an das Vorliegen eines Verteidigungsfalles gegenüber einem angreifenden Staat gebunden“ (Paech). Wenn eine einzelne Person (Bin Laden) als Drahtzieher des Angriffs vom 11.09.2001 vermutet wird, so muss er mit Mitteln der Strafjustiz, allenfalls mit einer beschränkten Polizeiaktion verfolgt werden und vor ein Gericht gestellt werden. Jedoch ist für diese Strafverfolgung kein Krieg gerechtfertigt. Krieg jedoch wurde ausdrücklich vom US-Präsidenten ausgerufen. Für die deutsche Bundesregierung und den deutschen Bundestag hätte der Artikel 26 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland die Beteiligung an diesem Krieg verboten: Ein Angriffskrieg ist verfassungswidrig. All diese aus dem Recht und der staatlichen Verfassung fließenden Bedenken wurde im Rausch der Gewalt beiseite geschoben- arrogante Machtgelüste triumphierten über dem Recht . Der erste deutsche Bundespräsident, Theodor Heuss (1954), hat aus der bitteren Erfahrung der nationalsozialistischen Zeit die Worte gefunden: Macht ist immer in der Gefahr, zur Gewalt zu entarten. Macht und Maß sind die „politischen Möglichkeiten der fruchtbaren Gestaltung in der Krisenlage, bevor sie in Gewalt und Maßlosigkeit verkehrt werden und das Chaos gebären“. Die NATO als Repräsentant der westlichen Welt war in dieser Krise in Gewalt und Maßlosigkeit hineingeglitten. Die Verschleierung in Gestalt der Gegengewalt, der Antiterror-Allianz lässt den 11.09.2001 in seiner Symbolik als ein Menetekel, als einen Mahnruf für die westliche Zivilisation nicht zu. Und dabei gibt es mahnende und nachdenkliche Stimmen genug. **„In gewisser Hinsicht müsste der 11.09.2001 für uns .... der Anlass sein, über einige Annahmen, die wir gepflegt haben, neu nachzudenken, über die Destabilisierung des Selbst, die Auflösung fest umrissener Begriffe, die gesamte Kultur des 20. Jahrhunderts, die das zerstörerische“ - als die Gewalt - „kultivierte“ (Sennet).**

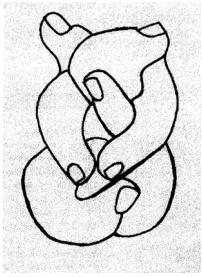
Der Aufruf des schwedischen Friedensforschers Johan Galtung wurde beiseite geschoben. Fünf Dinge sind nach Galtung notwendig als Reaktion auf den Anschlag vom 11.09.2001.

1. Eine Denkpause
2. Der Dialog mit dem Gegner
3. Der Versuch zu verstehen, worum es geht
4. Der Versuch einer (wenigstens psychologischen)Versöhnung
5. Die Konfliktlösung

Auch der gleichzeitige Ruf Rolf Hochhuts „Nicht einmarschieren“ (in Afghanistan) verhallte ohne Wirkung auf die Mehrheit der deutschen Politiker.

Eine tiefergehende Analyse des Menetekels hatte zunächst jedenfalls keine nachhaltige Wirkung. Galtung äußert sich im Interview zu der höchst verschiedenartigen Mentalität von Ost und West. „Ein Keim der Motivation, das World Trade Center zu treffen, liegt darin, dass Handel für einen Moslem eine **Totalbeziehung** ist, während westliche Wirtschaftswissenschaftler in ihrem Kosten-Nutzen-Denken die Gewinnmaximierung lehren. Das ist vergleichbar mit der Unvereinbarkeit von Liebe und Prostitution. Das gibt Muslimen das Gefühl , sich verteidigen zu müssen. Nur wenige aber werden Gewalt benutzen“.
In ähnlichem Sinn, aber anders formuliert: Die Gewalt-Reaktion der westlichen Länder auf den 11.09.2001 spiegelt die Unfähigkeit der USA und westlicher Politik, konstruktive Konzepte von nichtkapitalistischen wirtschaftlichen Organisationsformen zu kreieren, wo an die Stelle von Macht und Arbeitskampf ums Dasein stattdessen Solidarität und Brüderlichkeit tritt. Anstelle dessen werden Begriffe wie „Freiheit“ und „Pluralismus“missbraucht, um Machtpositionen zu fixieren, ebenso ist die Polarisierung hier terroristisch-kriminelle Anarchie, dort amerikanische Ordnung ein Mittel der Verteidigung verkrusteter sozialer Strukturen im Westen (Bracher).
Die wirklichen Weltprobleme hinter der Verschleierung des Gewalt-Vorhanges sind:

- Die Verteilung der Energie-Reserven (der Griff der einzigen Supermacht nach dem nahöstlichen Erdölquellen unter dem Deckmantel von Freiheit und Demokratie)
- Die Welthungerhilfe (pro Tag sterben 100.000 Menschen in den Andenstaaten, Schwarzafrika und Asien; das wird durch Gleich-



gültigkeit verleugnet)
- Die ökologische Entwicklung (die USA setzen wieder auf Atomkraft, statt alternative Energien zu fördern und sie unterlaufen des Weltklima-Abkommen)
- Globale Gerechtigkeit und die globale Verteilung von Macht (statt die Blauhelm-Macht der UNO zu stärken, lässt sich die NATO in völkerrechtswidriger Weise von den USA für einen Angriffskrieg gegen Afghanistan missbrauchen, Paech)
- Die USA erkennen den internationalen Strafgerichtshof nicht für sich an.

Bei allen Problemen ist Gewalt in verschiedener Gestalt bedeutsam: **Am greifbarsten als Besetzung der Medien, in dem kritische Stimmen der NGO`s unterdrückt werden; im Hintergrund in der Bereitstellung von Arbeitsplätzen für die Rüstungsindustrie.**

Ulrich Gottsein hat in seinem Vortrag „Terrorismusbekämpfung mit Krieg?“ die Situation schonungslos beleuchtet. „Terror kann man nicht mit Krieg ausschalten. Krieg bringt immer wieder neuen Hass und Krieg in verschiedenen Formen. Das wir an den 250 Kriegen seit 1945 beobachten müssen“. Der Ruf nach „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ im Alten Testament wurde von Mahatma Gandhi in seiner Zeit der großen Konflikte, aber auch für unsere Zeit gültig, so kommentiert:„ Auge um Auge macht blind“. Ja, ich befürchte und viele Menschen in Deutschland und auch in den USA fürchten das Gleiche: Unsere Politiker werden zunehmend auf beiden Augen blind.

„... wir leben in einer Zeit, in der nicht Zivilcourage und ein präventives Engagement für Friedenserhaltung und für das Wohl der Menschheit groß geschrieben sind, sondern in einer Zeit, in der egoistisch nur an das eigene Wohl gedacht wird, in der hunderte von Milliarden Dollar jährlich für die Waffenentwicklung und den Kauf neuer Waffen ausgegeben werden, in einer Zeit, in der man gefühllos mit ansieht, wie jedes Jahr 20-35 Kriege in Afrika, Asien und Lateinamerika stattfinden, in einer Zeit, in der fast eine Million Menschen in Ruanda umkamen, was mit Blauhelmen der Vereinten Nationen zu verhindern gewesen wäre, oder im Krieg zwischen Äthiopien und Eritrea mit etwa 200.000 Toten, in einer Zeit, in der alle diese Kriege ein Mordsgeschäft sind für die Waffenindustrie, in einer Zeit , in der man nicht bereit ist, für die Verhütung von Armut, Elend, Hoffnungslosigkeit und für die Gewährleistung von sauberem Trinkwasser, ausreichender Nahrung, Gesundheit, Bekämpfung von Aids, Familienplanung, Erhaltung der Umwelt und somit zur Verhütung von Neid und Hass und Bereitschaft zu Mord und Attentaten aktiv zu sein.
Mit diesem kurzen Blick auf die jüngste Vergangenheit globaler Politik möchte ich Zweierlei verdeutlichen.

1. Mit wachen Sinnen und einem sicheren Gefühl für demokratische Tugenden ist es uns möglich, in der Überfülle von Nachrichten und Informationen Wesentliches herauszufiltern, so dass politische, wirtschaftliche und psychologisch-anthropologische Hintergründe des Geschehens deutlich werden.
2. Um Gewalt mit Toleranz begegnen zu können, ist auch die ebenso distanzierende wie einfühlende Erkenntnis notwendig. Ohne Erkenntnis der Gestaltung von Gewalt - in diesem Sinne der Diagnose - ist keine Toleranz in der jeweiligen Situation möglich; dieser erste Vollzug von Toleranz kann auch therapeutischen Charakter haben.

Gewalt vor der eigenen Haustür in Deutschland

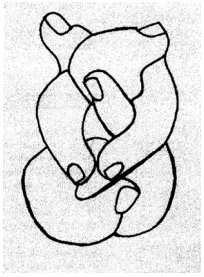
Ich werde jetzt einige ganz zufällig gesammelte Aspekte zusammenstellen - nur um zu zeigen, wie wir ständig auch von Gewalt umgeben sind. Ein Schriftsteller aus dem Beginn des vergangenen Jahrhunderts, der Hannoveraner Theodor Lessing - von den Nazis am 31.08.1933 im tschechischen Exil ermordet - macht uns auf den Autolärm aufmerksam. Wer einige Tage fern einer Großstadt und fern von viel befahrenen Autostraßen im Schwarzwald oder in den Hochalpen gelebt hat, wird wieder auf die Stille aufmerksam - die Stille durchwirkt vom Vogelgezwitscher, das in konstanten Rhythmen den Tag begleitet, vom sanften Wehen des Windes, der sich auch zum peitschenden Sturm steigern kann, vom gurgelnden Plätschern der Bäche, die ganze Geschichten in vielen Nuancen erzählen können. Dagegen die Räume der benzinfressenden Maschinen - Motorräder,

Flugzeuge, Autos - könnten laut der „Heiligen Theresia“ als Ort der Hölle definiert werden, wo es „stinkt und man nicht liebt” (Brandstätter über Lessing). Der Fortschritt mit der Auto-Mobilisierung ist „ein sozial-biologisches Problem“. Die dadurch entstehende Selektion geht auf Ausmerzung vieler diskreter Seelenseiten, auf Vertilgung allen Zart- und Feingefühls im öffentlichen Leben, auf Brachlegung der kleinen Rücksichten und täglich neu zu erübender Achtungserweise von Menschen gegen Menschen“ (Lessing)
Auf ähnlichem Niveau liegt die hemmungslose Überschwemmung durch visuelle Bildmedien. Enzensberger nennt es „Medientrance“. „Inzwischen ist das Massaker zur Massenunterhaltung geworden, Film und Video wetteifern darin, den Berufsmörder, den Geiselnehmer, den Serienmörder zum Publikumsliebling zu machen.“ Das kann dazu führen, dass zahlreiche Gewalttäter das Gefühl haben, „als seien sie selbst“ an ihren Handlungen gar nicht mehr beteiligt. Es kommt ihnen vor, als schlügen sie nicht wirklich andere tot, als sei das alles „nur Fernsehen“. So betreiben die Medien - ob sie wollen oder nicht - immer auch Propaganda für die Tat, von der sie berichten“ (Enzensberger).
Das, was Sofky im Allgemeinen über Gewalttäter schrieb, findet sich heute bei jugendlichen Gewalttätern in Deutschland. Sie haben sich von ideologischen Begründungen vollkommen frei gemacht. „Der jugendliche Mörder, der Jagd auf Wehrlose macht...., nach seinen Motiven gefragt, sagt: „Ich habe mir nichts dabei gedacht..., mir ist langweilig..., die Ausländer waren mir **irgendwie**(!) unangenehm“.
Das ist eine Seite von Gewalt, einer Hasskultur, wie sie teilweise von der Avantgarde provoziert wurde (beispielweise von Andre Breton, siehe Enzensberger Seite 66).
Eine andere Seite moderner Gewaltkultur wird von der philosophisch gerechtfertigten „Genutopie“ Sloterdejks eingeläutet (Manemann). Diese Anthropologie - durch Gentechnologie manipulierbar gemacht - führt zur Verhärtung und Abschottung gegen Leiden und Mitleiden. Sie will den leidlosen, unempfindsamen, schönen und starken neuen Menschen herbeizwingen. Sloterdejks Konzept des genetisch gezüchteten Menschenparks birgt als einen wesentlichen Kern sich vom Leide des anderen nicht betreffen zu lassen. Es ist das Ende von Therapie - **denn ein Fundament der therapeutischen Beziehung ist die Fähigkeit des Therapeuten, sich anrühren und auch sich verwunden zu lassen.** Nur dann wird der Therapeut auch auf die Tränen seines Patienten eingehen können - statt sie womöglich mit Antidepressiva und schließlich gentechnologischen Allheilmittel zuzudecken.
Zurück zur Gewalt in seiner alltäglichen, jeder Therapeutin begegnenden Form. In Deutschland ist jede vierte Frau in ihrem Leben mindestens einmal Opfer von Gewalt durch einen Lebenspartner geworden (Grübler). 45.000 suchen pro Jahr Zuflucht in einem der 320 deutschen Frauenhäuser.

Gewalt in der Biographie kann lang andauernde seelische Spätfolgen haben, die sich unter mannigfaltigen, manchmal schwer einzuordnenden Symptomen verbergen. Sie sind diagnostisch klassifiziert als Borderline -Syndrom oder als dissoziative Identitätsstörung. Hier ist gegebenfalls ein psychotherapeutischer oder psychiatrischer Fachmann zu Rate zu ziehen. Die Psychologie kennt weit verzweigte und tief seelische Gewaltgefühle in uns selbst. Welche inneren Bilder tauchen in uns auf, wenn wir an Gewalt denken. Es ist wesentlich, diese eigenen Bilder und Gefühle zu kennen und kennen zu lernen, ohne sich ihnen auszuliefern, ohne sich von ihnen überschwemmen zu lassen. Vielleicht rufen sie auch Angst, Scham und Schuldgefühle in uns wach - dann gilt es, diese Scham ernst zu nehmen. Auch Vorurteile können ein Keim für spätere Gewalt sein „es ist leichter, ein Atom zu zertrümmern, als ein hartnäckiges Vorurteil aufzulösen, aus dem Gewalt hervorgeht“ (Elisabeth Müller-Luckmann).

Toleranz

Wenn ich das Panorama von Gewalt in der gegenwärtigen Welt auf mich wirken lasse, so könnte ich verzagen. Und doch - es entsteht der Wille, diesem Übermaß standzuhalten und ihm entgegen zu treten. Wie denn? Gewiss nicht mit Gegengewalt, in welcher Form auch immer. Aber wie dann, wenn nicht so? Es gibt keine schnellen Antworten. Und: es gibt keine Lehre. Der Kulturphilosoph Martin Buber hat angesichts des Naziterrors in den Dreißigerjahren des letzten Jahrhunderts geschrieben: „Ich habe keine Lehre..., es will mir



jedoch scheinen, dass es in unserer (verzweifelten und verdüsterten Weltstunde überhaupt nicht darauf ankommt, feste Lehre zu besitzen, sondern darauf, ewige Wirklichkeit zu erkennen und aus ihrer Kraft der gegenwärtigen Wirklichkeit stand zu halten). Es ist in dieser Wüstennacht kein Weg zu zeigen; es ist zu helfen, mit bereiter Seele zu beharren, bis der Morgen dämmert und ein Weg sichtbar wird wo niemand ihn ahnte". Wie wir 70 Jahre später wissen: es gab einen Weg für Martin Buber. **Für Deutschland allerdings war es ein blutiger Weg, der viel später schließlich auch hier zu einer neuen Morgendämmerung führte.**

Wir sind allezeit darauf eingestellt, nach rasch handhabbaren Techniken oder juristischen Gesetzen der Gewaltbewältigung zu greifen - und vergessen dabei die innere Haltung. Wenn Theodor Heuss - wie eingangs zitiert - von Toleranz als Mut zur Liebe spricht, so meint er ähnliches wie Martin Buber mit der „ewigen Wirklichkeit". Ich wiederhole jedoch nochmals: Toleranz in diesem Verständnis ist von höchster Aktivität, geistiger und moralischer Aktivität, die die offensichtlichen und schlimmen Spielarten der Gewalt erkennt, beim Namen nennt und sich auf diese Art eine erste Distanz verschafft. Natürlich wird es dabei nicht bleiben. Welche soziale Aktivität dann daraus fließt, das ist schöpferischer Fantasie, dem klugen Überblick zusammen mit pfiffiger Schlauheit überlassen. Zivilcourage wird auf ganz verschiedene Weise gelebt - immer wurzelt sie in der tiefen Überzeugung von Recht und Würde. Zivilcourage: Dabei ist immer auch die Angst zu überwinden, sich zu exponieren; es ist dabei auch die Schwierigkeit „gleichzeitig für Recht und Ordnung und gegen ein pervertiertes Recht und Ordnung eintreten zu müssen sowie das Wissen ein persönliches Risiko einzugehen, ohne auf die Zustimmung der Mehrheit rechnen zu können"(Benz).

Der spanische Lyriker J.R. Jeminez hat einst seine Gedichte der unendlichen Minderheit „gewidmet" - denn er wusste: es gibt sie in der Welt, die unendliche Minderheit. Heute spricht man von Netzwerken Gleichgesinnter. Sie sind z. B. bei den NGO`s zu finden, bei IPPNW. Ich zitiere aus dem IPPNW-Forum die Regeln des Friedensforschers Johann Galtung in einer destruktiven Krise. Auf ähnlicher Linie liegt in Deutschland die Vereinigung der Ärztinnen (Grübler). Sie haben für Therapeuten und Ärzte drei einfache Fragen formuliert, um in der Therapiestunde oder Beratungsstunde die Bereitschaft zu Mitteilung von Gewalt zu bahnen, da viele Frauen aus Scham Gewalt in ihrer Biographie verschweigen:

- Sind Sie im letzten Jahr von irgend jemandem getreten oder geschlagen worden?
- Fühlen Sie sich in Ihrer jetzigen Beziehung sicher?
- Gibt es einen Partner aus einer früheren Beziehung, von dem Sie sich bedroht fühlen?(Grübler)

Es gibt für Therapeuten den wichtigen Grundsatz: „Mächtig sein basiert auf der Fähigkeit, sich verwunden zu lassen" (Manemann). Das ist ein Teil der Macht des Therapeuten - damit solidarisiert er sich mit seinem Patienten, wenn er ihn - ohne Worte - ermutigt „zeige deine Wunde" (Beuys). Mitleid in einem tieferen Sinn ist ohne dieses Mächtigsein des Therapeuten nicht denkbar. Aus dieser Art von Mitleid schöpft er seine Kraft.

Im Netzwerk der Minderheiten von Toleranz gibt es Ermutigungen durch Preisverleihungen. Ein Beispiel ist der Friedenspreis des deutschen Buchhandels für die algerische Schriftstellerin Assia Djebar, die das Schicksal unterdrückter Frauen in ihren Romanen verdichtete.
Ein anderes Beispiel ist der Augsburger Friedenspreis für Entfeindung und Versöhnung für die 52-jährige palästinensische Botanikprofessorin Sumaya Farhat-Nasar. Sie schrieb: „Wenn wir uns im Krieg befinden, bedeutet das Überleben der einen Seite für die andere Seite die Negation ihrer Existenz. Wenn wir beschließen, Frieden zu machen, muss sich die Ideologie wandeln, sie muss inklusive werden, und das Überleben der einen Seite ist gewährleistet, wenn das der anderen Seite ebenfalls garantiert ist."

Als Mutmacher zur Toleranz betrachte ich auch die „allgemeine Erklärung der Menschenpflichten", die der UNO 1997 vorgelegt wurde vom Inter-Action-Council. Herausragende Staatsmänner wie Michael Gorbatschow, Jimmy Carter, Kenneth Kaundar unter dem Ehrenvorsitz von Helmut Schmidt. In den „fundamentalen Prinzipien für Humanität" heißt die sogenannte goldene

Regel: „Alle Menschen, begabt mit Vernunft und Gewissen, müssen im Geist der Solidarität Verantwortung übernehmen gegenüber Jedem und Allem, Familie und Gemeinschaft, Rassen, Nationen und Religionen: Was du nicht willst, dass man dir tu, das füg auch keinem Anderen zu.“ (Wickert).

Angst ist ein Seelenzustand vieler Deutscher. Die Gründe dafür können liegen in mangelnder Identifikation mit dem Gemeinwesen, in einer übermäßigen Individualisierung der Gesellschaft. Hinter dem Schlagwort einer „grenzenlosen Gerechtigkeit“, die den Krieg gegen Afghanistan rechtfertigen soll, verschanzen sich angsterfüllte Individualisten und sie versagen bei Gerechtigkeit und Toleranz, Solidarität und Verantwortung, wie sie durch die goldene Regel formuliert ist (Wickert). Wenn wir uns auf das solidarische Prinzip von **„Was du nicht willst, dass man dir tu, das füg auch keinem anderen zu“** besinnen, so geben wir den Werten wieder ihren eigenen Wert und Stärken damit zugleich unsere kleinen und größeren Gemeinschaften.

Eine Antwort Künstlerischer Therapeuten

Es wäre vermessen, auf jede der vielen Formen der Gewalt eine passende Antwort zu finden. Es kann nicht Aufgabe Künstlerischer Therapeuten sein, für spezifische Gewaltformen eine spezifische Reaktion zu finden. Wie aber können Künstlerische Therapeuten wirken?

Wie sind Ansatzpunkte ?

Bevor ich mich dieser Frage zuwende, möchte ich ganz kurz erläutern, welche Therapieformen ich zur Künstlerischen Therapie rechne. Gewiss gehören dazu alle Therapiedisziplinen, die aus den traditionellen abendländischen Künsten hervorgegangen sind wie Musik- und Tanztherapie, Schauspiel- und Dramatherapie, die eigentliche Kunsttherapie (Farbe, Skulptur) ebenso wie Leibtherapien; ich rechne auch klassische Psychotherapien dazu und die aus außereuropäischen Völkern entstandene Therapieformen. Auch wenn ich vielerlei weltanschauliche Herkünfte dazu zähle - Humanismus, Psychoanalyse/Tiefenpsychologie, Anthroposophie usw. -, so gibt es eine Begrenzung des Begriffs Künstlerischer Therapien: Die therapeutische Beziehung gründet sich auf den Dialog zwischen Therapeutin und Patient und sie beachten die Autonomie des therapeutischen Prozesses.

Nur der Dialog erlaubt das freie Spiel der Kräfte, die sich im therapeutischen Prozess ihren jeweils höchst individuellen und im Einzelfall nicht kalkulierbaren Weg suchen. Von der klassischen Medizin und zum Teil auch der klassischen Psychotherapie unterscheiden sich Künstlerische Therapien insofern, als sie die ganze Fülle unseres sinnlichen Erlebens einbeziehen - den Kosmos der Sinne zum kreatürlichen Erleben bringen. Der Mensch als Kreatur erlebt sich dann auch wieder als Teil der Kreatur. Kreatürlichkeit und autonomes Schöpfertum finden zu einer neuen Beziehung. Die tiefe Spaltung von kreatürlichem Kosmos und autonom kreativen Menschen kann ebenso zu einem heilsamen Weg geführt werden wie die kartesianische Spaltung von seelisch-geistigem Innenleben und sinnlicher Perfektion der Außenwelt.
Damit deute ich auch die Überwindung der Angst an. Durch die zunehmende Vereinzelung und Individualisierung - in der Medienkultur und Science-Fiction-Zivilisation auf die Spitze getrieben - steigert sich die Angst zur Urangst.
Ich glaube: Künstlerische Therapien können einen kleinen Funken der Urhoffnung wecken. Künstlerische Therapien können, durch geduldiges Regelmaß geübt, dem Menschen Verbindungen zum überpersönlichen Kosmos und zur Gemeinschaft bahnen. Zudem wird im dialogischen Prozess das Organ der Mitte angesprochen. Die Herzmitte mit ihrem starken Fühlen ist der Vermittler zwischen der Rationalität des Kopfes und der von seinem Willen gesteuerten Hand. Die vom Kopf konzipierten Menschenpflichten, die ich oben erwähnte, erhalten ihr notwendiges Widerlager durch Empfinden und Fühlen, ohne diesen Ausgleich der Mitte wäre das Pflichtkonzept in der Gefahr, in Mechanik zu erstarren - wie wir es vielfach bei gutgemeinten Gesetzen erleben, die in Dogmatismus und Bürokratie ersticken. Nicht bürokratisches Vorgehen, sondern fantasievolle Lösungen ermöglichen eine gewaltfreie Kommunikation (z.B. die Methode nach Marshall Rosenberg). Die lebendige Fantasie würde auch Gewalttätige und gewalttätige Krieger ins Leere laufen lassen. Allerdings halte

ich auch Künstlerische Therapeuten für Krieger: Es sind friedfertige Kämpfer für die kreative Erschaffung einer neuen Kultur inmitten der zivilisatorischen Verfestigung sozialer Strukturen.
Wenn Künstlerischen Therapien heute durch den Kampf um Krankenkassengelder Kriterien des Wirksamkeitsnachweises aufgezwungen werden, die dem Paradigma in der vergangenheitsverhafteten Medizin zugehören, so verstehe ich diesen Kampf letztlich als Rückzugsgefechte der klassischen Medizin: Das Paradigma Künstlerischer Therapien, das einen zukünftigen Weg der Heilkunde eröffnet, soll verhindert werden. Der sich in den Künstlerischen Therapien ankündigende Paradigmenwechsel ist überfällig: Bildhaftes und synthetisches Denken wird die Einseitigkeit des rationalen und analytischen Denkens überwinden können. Allerdings: Dazu gehört die aus der selbstbewussten Überzeugung und der eigenen Erfahrung gespeiste Kraft Künstlerischer Therapeuten.

Schluss

Es gibt archetypische Bilder darüber, wie Gewalt durch Toleranz gebändigt werden kann. Ein Bild stammt aus unserer abendländischen Kultur: Das Alabaster-Relief der Kirche St. Severin in Erfurt zeigt uns den Erzengel Michael mit dem Drachen. Eindrucksvoll ist hier die Friedfertigkeit dieser Szene. Fast gelassen setzt Michael seinen linken Fuß auf den Leib des Drachen; der Speer in Michaels rechter Hand verletzt den Drachen keineswegs: Der Drache hält mit seinen Kiefern und beiden Pfoten den Speer fast zärtlich umklammert. Auch durchstößt die Spitze des Speeres nicht den Drachenflügel, sondern ruht ihm auf. Der Speer dient so zugleich einer innigen Beziehung zwischen Michael und dem Drachen. Dieses Bild scheint mir eine Feier der Versöhnung zu schildern, als dass uns hier der sonst gewohnte Kampf Michaels mit dem Drachen vorgeführt wird. Als Titel könnte man auch sagen: Die Zähmung des Drachen.
Das die Zähmung der Gewalt keine metaphysische Angelegenheit ist, vermag uns das eingangs geschilderte Beispiel der Lina Haag zu zeigen, die Kraft ihrer Zivilcourage ihren Mann den Fängen der nationalsozialistischen Vernichtungsmaschinerie entrang.
Ich sprach vorhin von Ur-Hoffnung, die auch in aller Bedrängnis in uns aufkeimen kann. So möchte ich mit einigen Worten von Vaclav Havel über die Hoffnung enden; vermutlich schrieb er sie eingedenk seines als Dissident im Gefängnis erduldeten Schicksals.

Hoffnung

Hoffnung ist nicht Optimismus
nicht die Überzeugung
dass etwas gut ausgeht
sondern die Gewissheit
dass etwas einen Sinn hat
ohne Rücksicht darauf
wie es ausgeht.

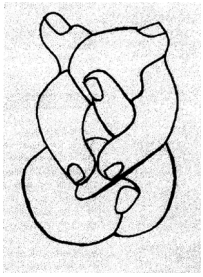
Literatur

Augsburger Zeitung
Brücken bauen für den Frieden
AZ (Nr. 182) 09.09.2000

Baudrillard, Jean
Du Geist des Terrorismus
Südd. Zeitung Nr. 260 (12.11.2001), S. 16

Benz, Ute
Schnellbleiche oder früh geübte Diskussionskultur?
Zivilcourage - ein Resultat gesellschaftlicher Lernprozesse
Neue Züricher Zeitung Nr. 52 (3./4. März 2001) S. 57

Bracher, Andreas
Der Kampf gegen die „globale Anarchie“
Die Drei Heft 1, 2001 , S. 10-12



Brandstätter, Horst
Theodor Lessing - Der Lärm
Stuttgart: MaYER 1999

Enzensberger; Hans Magnus
Aussichten auf den Bürgerkrieg
Frankfurt/M.: Suhrkamp 1996

Galtung, Johan
„Wenn man Bin Laden tötet, entstehen zehn neue“
IPNNW-Forum 71/01, S. 19-21

Goes, Albrecht
Martin Buber, der Beistand
in : Börsenverein des Deutschen Buchhandels (Hrgb.) S. 59-66, Frankfurt/M 1961

Gottstein, Ulrich
Terrorismusbekämpfung mit Krieg?
IPPNW-Forum 72, 12/2001, S. 32-35

Grübler, B.
Gewaltschutzgesetz folgt der Logik: Wer schlägt, muss gehen
Nieders. Ärzteblatt 12/2001, S. 10-13

Heuss, Theodor
Gestalter, Dichter, Staatsman
in : Börsenverein des Deutschen Buchhandels (Hrgb.) S. 77-83, (1954) Frankfurt/M. 1961

Heuss, Theodor
Festansprache (Friedenspreis 1959)
in : Börsenverein des Deutschen Buchhandels (Hrgb.) S. 203-210, Frankfurt/M. 1961

Hochhuth, Rolf
Nicht Einmarschieren!
in : Rowohlt (Hrgb.) Dienstag, 11.09.2001, S. 123-12
2. Auflage, Reinbek: Rowohlt 2001

Manemann, Jürgen
Ende des Menschen?
Reflexion im Zeitalter der Posttraditionalität
Orientierung Nr. 65 (2001) S. 231-234, 242-246

Neue Züricher Zeitung
Täter, Opfer, Zuschauer
NZZ Nr. 52, 3./4. März 2001, S.55

Paech, Norman
Terror, Krieg und das Völkerrecht
IPPNW-Forum 72/2001, S.3

Sennet, Richard
Das Gespenst von Vietnam oder wie wir mit dem Schrecken umgehen
Südd. Ztg. (04.,10.2001) S. 19

Sofsky, Wolfgang
Traktat über die Gewalt, 2. Auflage
Frankfurt/M. S. Fischer 1996

Sontag, Susan
Feige waren die Mörder nicht
in: Rowohlt (Hrgb). Dienstag , 11. September 2001 S. 33-35,
2. Auflage, Reinbek: Rowohlt 2001

Wickert, Ulrich
Welche Werte verteidigen wir?
in: Rowohlt (Hrgb.) Dienstag, 11.09.2001,
S. 128-133
2. Auflage, Reinbek:Rowohlt 2001

Prof. Dr. med. Peter Petersen
Kauzenwinkel 22
30627 Hannover

PresseEcke

Quelle : AiD/ Ausländer in Deutschland Ausgabe 2/02, S.10+11)

Migration in Europa

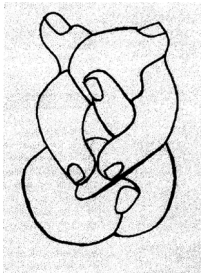
Viele gemeinsame Interessen verbinden die Länder Europas in Bezug auf Zuwanderung aus Drittstaaten sowie auf Integrations- und Asylpolitik. Dennoch werden diese Bereiche sehr unterschiedlich geregelt - und zwar nicht alleine aufgrund unterschiedlicher historischer Entwicklungen. Sowohl Frankreich wie die Schweiz etwa haben eine lange Einwanderungstradition, doch die Schweiz stellt für ihre Pro- und Contra- Politik Begründungen der wirtschaftlichen Nützlichkeit sehr viel stärker in den Vordergrund als das ehemalige Kolonialland Frankreich, in dem stärker humanitär argumentiert wird. Hinzu kommt, dass Regierungswechsel immer auch Änderungen in der Migrationspolitik zur Folge haben, wie sich in jüngster Zeit bestätigt: Die Politik der bislang als liberal und offen geltenden Länder Dänemark und der Niederlande zum Beispiel nimmt nun restriktivere Züge an.
Grundsätzlich war das Ende des Kalten Krieges für Migration und Migrationspolitik in Europa eine wichtige Zäsur. Bestimmend dafür waren die Wanderungsbewegungen selbst, aber auch die öffentliche Wahrnehmung eines neuen „Wanderungsdruckes“ nicht mehr nur aus dem Süden, sondern auch aus dem Osten. So geht am Anfang des 21. Jahrhunderts auf europäischer Ebene die Öffnung im Inneren sowie die Harmonisierung der nationalen Migrations- und Integrationspolitik einher mit einer gemeinsamen Abgrenzung gegen „unerwünschte Zuwanderung“ von außen.
(esf/mlg/vka)

Dänemark - Abkehr von der Liberalität

Ähnlich wie in Deutschland wanderten seit der sechziger Jahren zahlreiche „Gastarbeiter“ nach Dänemark ein, deren dauerhafter Aufenthalt nicht geplant war, die jedoch im Lande blieben. Heute leben 220.000 „Pass-Ausländer“ aus 166 Ländern in Dänemark. Hinzu kommen 60.000 Migranten mit dänischem Pass sowie 20.000 Flüchtlinge vorwiegend aus Ex-Jugoslawien. 40% aller Einwanderer kommen aus Skandinavien und anderen EU-Mitgliedstaaten, der Rest von außerhalb Europas. Dänemark galt lange Zeit als liberales Einwanderungsland. Trotz aktiver Integrationspolitik beklagen Migranten in Dänemark jedoch eine starke Diskriminierung insbesondere auf dem Arbeitsmarkt. Die Arbeitslosenrate unter den ethnischen Minderheiten liegt bei 55%.
Auf den jüngsten politischen Rechtsdruck, insbesondere den Regierungswechsel im November 2001, folgen massive Verschärfungen im Ausländerrecht, das zu einem Zweiklassenrecht im Sozialsystem führt. eine Aufenthaltsverfestigung mit allen Rechten können Einwanderer künftig erst nach sieben Jahren erhalten. Ministerpräsident Rasmussen: **„Dänemark ist kein multikulturelles Land und soll es auch nicht werden.“**
Auch das Asylrecht wurde verschärft. Anerkannte AsylbewerberInnen können ab Einreisedatum sieben Jahre lang nur den halben Sozialhilfesatz erhalten. Im Jahr 2000 wurden 1,9 Asylanträge pro 1.000 Däninnen gestellt, kaum mehr als im „asylfreundlichen“ Schweden. Auch die Regelungen zum Familiennachzug wurden verschärft. Dänemark ist nun das einzige EU-Land, in dem Ehegatten erst nachziehen dürfen, wenn sie 24 Jahre alt sind.

Frankreich - Aktiv gegen Diskriminierung

Frankreich war schon im 19. Jahrhundert Einwanderungsland. Die größte Einwanderungsbewegung setzte nach der Entkolonisierung in den sechziger Jahren ein, wo allein eine Million „Algier-



franzosen" ins Mutterland zurückkehrten. Die relativ großzügige Praxis der Visumserteilung für Bewohner der ehemaligen Kolonien wich Anfang der neunziger Jahre, auch unter dem Druck der rechten „Front National", einer restriktiveren Handhabung. Heute kommen 58% der jährlichen Einwanderer aus Afrika, 21% aus Asien und 10% aus Europa (nicht-EU-Staaten) und 11% aus Nord- und Südamerika. Mehr als die Hälfte der Einwanderer kommt im Rahmen des Familiennachzugs nach Frankreich.

Bei der Aufnahme von Asylbewerbern liegt Frankreich hinter Deutschland an zweiter Stelle in Europa, wenn man die absoluten Zahlen betrachtet. Deutlich höher als in Deutschland ist allerdings die Zahl der Asylanerkennungen, nämlich 35%. Der Anteil an „Pass-Ausländern" liegt in Frankreich bei 6,3%. Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund ist allerdings, bedingt durch die aktive Einbürgerungspolitik und das „ius Soli", wesentlich höher. So wurden in Frankreich in den achtziger und neunziger Jahren doppelt so viele Menschen eingebürgert wie in Deutschland.

Frankreich verfolgt eine aktive Integrationspolitik und hat eine starke Antidiskriminierungsgesetzgebung. In den letzten Jahren wurden unter dem Druck der Zivilgesellschaft wiederholt umfangreiche Regularisierungen von „illegalen" Zuwanderern durchgeführt. Das Erstarken der Rechten in den letzten Jahren hat jedoch gezeigt, dass Rassismus und Diskriminierung trotz „universalistischen" Denkens auch hier verwurzelt sind.

Italien - Neue Herausforderung meistern

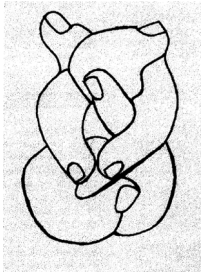
Italien zählt 27 Millionen Auswanderer von 1861 bis heute. Als Folge der Arbeitsmigration der 50er und 60er Jahre leben heute rund 5 Millionen Italiener im Ausland. Seit den 80er Jahren wird Italien zunehmend vom Durchgangsland zum Einwanderungsland (1970:143.000, 1980: 299.000, 1999: 1.252.000 gemeldete Ausländer sowie über 300.000 illegal Zugewanderte). 1999 wurden mit 268.000 Zuzügen die nach Deutschland zweithöchsten jährlichen Zuzugszahlen in Europa verzeichnet (mitgezählt wurden jedoch auch 131.000 Personen, die durch das 1998 gestartete Regularisierungsprogramm, das vierte in 13 Jahren, ihren Status legalisieren konnten).

Beschäftigung ist der Hauptzuzugsgrund (747.635 ausländische Beschäftigte 1999). Beschäftigte aus Nicht-EU-Staaten erhalten zu 85% eine Arbeitsgenehmigung für niedrig bezahlte unqualifizierte Tätigkeiten im Baugewerbe, in Tourismus und Landwirtschaft sowie für andere Saisonarbeiten. Italien ist kein traditionelles Asylland, zuletzt aber Zufluchtsort humanitärer und politischer Balkanflüchtlinge (33.360 Asylsuchende 1999). Nur einige Tausend Flüchtlinge haben Arbeitserlaubnisse im Niedriglohnsektor erhalten. Das Einbürgerungsrecht ist sehr restriktiv, dennoch verdoppelte sich die Zahl der Einbürgerungen im Zeitraum 1991-1999 (v.a. durch Heirat).

1998 wurde ein neues Zuwanderungsgesetz beschlossen; es hat drei Ziele: Regularisierung der Zuwanderung durch jährliche Quoten für bestimmte Länder, Verhinderung der illegalen Einreise (siehe oben) sowie Förderung der Integration bereits ansässiger Migranten. Die Umsetzung der Quotenregelung ist bislang unklar geblieben, die der anvisierten Integrationsmaßnahmen teilweise ebenso. Ein gewisses Maß an offener Fremdenfeindlichkeit wird vor allem mit Blick auf Nicht-EU-Staatsangehörige deutlich, insbesondere im Kontakt mit illegal eingereisten und beschäftigten Personen. Das neue Einwanderungsgesetz vom 04.06.2002 verschärft die Bestimmungen für die Zuwanderung mit dem Ziel einer effektiveren Kontrolle der Zuwanderung (u.a. werden Fingerabdrücke illegal eingereister Nichteuropäer vorgeschrieben). Italiens Ausländerquote liegt bei 2,2%. Zur Zeit leben dort 1,23 Millionen „Extracomunitari" (Einwanderer aus Nicht-EU-Staaten) in Italien. Wichtigste Herkunftsländer sind Marokko 160.000, Albanien 142.000, Rumänien 70.000, Philippinen 61.000, BR Jugoslawien 54.700. Dazu kommen schätzungsweise über 1 Million illegal Zugewanderte.

Schweden - Frühes Bekenntnis zum Einwanderungsland

Schweden erlebte nach dem zweiten Weltkrieg eine hohe Arbeitszuwanderung, vor allem aus den skandinavischen Nachbarländern; auch nach dem Zuwanderungsstop von 1972 hielt der Zuzug von Ausländern, insbesondere von Familienangehöri-



gen und Flüchtlingen, an. Als erster europäischer Staat verabschiedete Schweden 1975 ein Einwanderungsgesetz. Ausländische Arbeitskräfte werden als dauerhafte Einwanderer betrachtet. Deshalb ist die Einwanderungspolitik von einer aktiven Integrations- und Einbürgerungspolitik begleitet. So gibt es etwa muttersprachlichen Ergänzungsunterricht an den Schulen für inzwischen fünfzig Sprachen.
Außerdem werden umfangreiche Integrationshilfen gewährt. Einwanderer erlangen ein kommunales Ausländerwahlrecht nach drei Jahren. Von 1950 bis 1995 stieg die im Ausland geborene Bevölkerung im Schweden fast auf das Fünffache (936.000).
Im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung nahm Schweden in den achtziger und neunziger Jahren die meisten Asylbewerber in Europa auf. Im Jahr 2000 wurden 1,9 Asylanträge pro 1000 SchwedInnen gestellt. Damit lag das Land auf Rang 9 der europäischen Länder. **Wenngleich sich auch in Schweden unter dem Druck von Wirtschaftskrise und Arbeitslosigkeit die Akzeptanz für Zuwanderung in den letzten Jahren verringerte, bekennt sich das Land auch weiterhin zu seiner multikulturellen Gesellschaft und ihren Grundprinzipien: soziale Gleichstellung, kulturelle Wahlfreiheit und Partnerschaft mit der Mehrheitsgesellschaft.**

Niederlande - Liberales Vorbild für viele

Mit der Unabhängigkeit Indonesiens 1949 begann für die Niederlande umfangreiche Zuwanderung aus den Kolonialstaaten (Indonesien, Surinam), dennoch überwog bis 1969 die Auswanderung. Dann begann die Anwerbung von Arbeitskräften aus Italien, Spanien, Portugal, Türkei, Griechenland, Marokko. In den 70er Jahren wurde Einwanderung erschwert. Aruba und die Niederländischen Antillen gehören noch zum Königreich.
In den 80er Jahren erkannte die Regierung die Niederlande als faktisches Einwanderungsland an. Die schon in den 70er Jahren begonnene Minderheitenpolitik - Förderung eigener kultureller Identitäten, Mehrsprachigkeit inbegriffen - wurde weitergeführt. Ab 1994 ist dieser Ansatz durch Integrationspolitik ersetzt worden. Seit 1998 werden Integrationskurse angeboten: 600 Stunden Unterricht (Holländisch, Politik, Rechtssystem, Kultur, Arbeitsmarkt). Zielgruppen sind Neu-Einwanderer über 18, Mütter kleiner Kinder und Arbeitslose. Die Einbürgerungsquote liegt mit 7,6% in 2000 deutlich über dem EU - Durchschnitt (5,0%). Angesichts der hohen Zahl von MigrantInnen und deren Kindern ist der Anteil von 4,1% BürgerInnen mit ausländischem Pass (in 2000) niedrig. Trotz eines Gleichbehandlungsgesetzes und einer Gleichbehandlungskommission (seit 1994) konnten Diskriminierungen allerdings noch nicht zufriedenstellend bekämpft werden.
Die Niederlande haben eine relativ hohe Quote von Asylanträgen: 2,8 pro 1000 EinwohnerInnen (in 2000 nach Belgien auf Rang 1 und Irland 2). AsylbewerberInnen erhalten kein Recht auf Unterkunft (wie in Österreich), allerdings begrenzte Arbeitserlaubnis: je 12 Wochen Arbeit jeder Art pro 39 Wochen. Aufenthaltsrecht wird für höchstens 3 Jahre zugesprochen, dann wird erneut geprüft, ob eine Rückkehr möglich ist.
Ein neues Ausländergesetz (2001) hat die Asylprozedur vereinfacht und die Zahl der Aufenthaltstitel auf 2 reduziert: begrenzt/ unbegrenzt. Nach 5 Jahren Aufenthalt und bei gesichertem Einkommen wird eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung erteilt. Aktuell rechnet man in den Niederlanden mit Verschärfungen der Gesetzgebung durch die Regierung.

Schweiz - zwischen Multikulti und Restriktion

Schon Mitte des 19. Jh. gab es in der Schweiz weniger Auswanderung als Einwanderung von ArbeitsmigrantInnen. Anfang des 20. Jh. schloss man Freundschaftsverträge mit den Nachbarländern (1912: Italien); offene Grenzen und eine gute Rechtsposition luden MigrantInnen ein. 1931 wurde mit dem „Bundesgesetz über Aufenthalt und Niederlassung“ ein restriktives Modell zeitlich begrenzter Migration festgeschrieben, Grundlage heutigen Rechts. Eine Phase der aktiven Anwerbung begann 1948 (Abkommen mit Italien); es galt ein strenges Rotationsprinzip. Mitte der 60er Jahre wurden Kontingente eingeführt, der Bundesrat sprach von „Überfremdungsgefahr“. Mit dem Konjunktureinbruch 1974 wurde Einwanderung erneut begrenzt; man griff auf SaisonarbeiterInnen und GrenzgängerInnen zurück. Die

Schweiz hat relativ viele AsylbewerberInnen (2,4 pro 1.000 SchweizerInnen). Asylsuchende unterliegen einem 3- bis 6- monatigen Arbeitsverbot; bei Aufenthaltsbewilligung und Arbeitsaufnahme müssen Fürsorgekosten zurückgezahlt werden (40 CHF/Person/Tag).
Auf dem Arbeitsmarkt gilt bis heute das Vorrangprinzip für Einheimische (Kontingente) - auch für GrenzgängerInnen; Drittstaatenangehörige dürfen nur nach Bewilligung in einen anderen Kanton umziehen. Einbürgerung wird restriktiv gehandhabt (vgl. S. 9). Aktuell leben in der Schweiz etwa 20% Personen mit ausländischem Pass, hiervon 57% aus der EU/EFTA. **Dem Ideal einer „weltoffenen Schweiz“ stehen Forderungen zur kulturellen „Anpassung“ und große Vorbehalte gegen Flüchtlinge entgegen.** Doch ein nationales Integrationskonzept schreibt seit 1.10.2000 Integration als Querschnittsaufgabe fest; fast alle großen Städte haben Integrationsleitbilder und Handlungskonzepte entwickelt. Seit 1995 gibt es eine Strafnorm gegen Rassismus (Art. 261 bis StGB) und die Eidgenössische Kommission gegen Rassismus (EKR).
Mit der EU verbindet die „assoziierte“ Schweiz eine Reihe von Einzelabkommen, darunter neu und umstritten: ein Abkommen über Personenfreizügigkeit (stufenweise Umsetzung ab Juni 02).

PresseEcke

Quelle: AiD /Ausländer in Deutschland 02/02
Ekkehart Schmidt-Fink, isoplan

Das **Zuwanderungsgesetz**

Zur Struktur des Zuwanderungsgesetzes

Am 22. März 2002 hat der Bundesrat in formal stark umstrittener Weise das „Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthaltes und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern” (Zuwanderungsgesetz) verabschiedet. Kernstück des Gesetzes ist eine umfassende Neuregelung des Ausländerrechts. Trotz der Unterzeichnung des Gesetzes bleibt unklar, wie lange es bei der zu erwartenden Verfassungslage bis zu einer Entscheidung dauern wird und wie diese ausfällt. Klar ist aber: Tritt das Gesetz am 1.Januar 2003 in Kraft; müssen PraktikerInnen der Integrationsarbeit schon jetzt genau wissen, was sich ändern wird.

Aufenthaltsgesetz

Das geltende Ausländergesetz wird durch ein neues Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz) ersetzt. In das neue Gesetz werden auch die wichtigsten Bestimmungen des Arbeitserlaubnisrechts aufgenommen. Zum ersten Mal werden damit die entscheidenden Bestimmungen des Aufenthaltsrechts und des Arbeitserlaubnisrechts für Ausländer in einem Gesetz zusammengefasst.

Die Zahl der Aufenthaltstitel wird auf zwei reduziert. An Stelle der Aufenthaltsbefugnis, der Aufenthaltsbewilligung, der befristeten und unbefristeten Aufenthaltserlaubnis und der Aufenthaltsberechtigung sind nunmehr nur noch zwei Aufenthaltstitel vorgesehen: eine (befristete) Aufenthaltserlaubnis und eine (unbefristete) Niederlassungserlaubnis. Zur besseren Verständlichkeit orientiert sich das neue Aufenthaltsrecht nicht mehr an Aufenthaltstiteln, sondern an den Aufenthaltszwecken. Hier werden vier unterschieden : Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Familiennachzug oder humanitäre Gründe.

Zuständigkeiten

Eine Reihe wichtiger Aufgaben wird dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zugeordnet, das als Neugründung aus dem bisherigen Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge hervorgehen wird. Es handelt sich im Wesentlichen um folgende Bereiche: Koordinierung der Informationen über die Arbeits-

migration zwischen den Ausländerbehörden, der Arbeitsverwaltung und den deutschen Auslandsvertretungen; Durchführung eines optimalen Auswahlverfahrens im Punktesystem; Entwicklung und Durchführung von Integrationskursen für Ausländer und Spätaussiedler; Führung des Ausländerzentralregisters sowie Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der freiwilligen Rückkehr.

Darüber hinaus wird mit dem neuen Bundesamt das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung als unabhängige wissenschaftliche Forschungseinrichtung organisatorisch verbunden. Beim neuen Bundesamt wird ferner ein weisungsunabhängiger Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration eingerichtet. Er hat die Aufgabe, die innerstaatliche Aufnahme- und Integrationskapazitäten sowie die aktuelle Entwicklung der Wanderungsbewegungen regelmäßig zu begutachten. Er soll ein jährliches Gutachten zur Migrationslage erstatten. Dieses soll auch Aussagen zum Erfordernis der Zuwanderung im Auswahlverfahren und gegebenenfalls eine Empfehlung zur Höchstzahl enthalten.

Neben dieser Schaffung neuer organisatorischer Strukturen und der Neuregelung des Ausländerrechts verfügt das Zuwanderungsgesetz Änderungen in den Bereichen Arbeitsmigration, Familiennachzug, humanitäre Aufnahme und Asylverfahren, Ausreisepflicht, Integration und Unionsbürger/Europäische Harmonisierung.

Quelle: „Entwurf des Zuwanderungsgesetzes: Übersicht wichtiger Änderungen gegenüber dem geltenden Recht“, Artikel der Internetredaktion des Bundesministeriums des Inneren, veröffentlicht am 25. März 2002

Struktur des Gesetzes?

Artikel 1 Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz-AufenthaltG)

Artikel 2 Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern (Freizügigkeitsgesetz/EU-FreizügG/EU)

Artikel 3 Änderung des Asylverfahrensgesetzes

Artikel 4 Änderung des AZR-Gesetzes

Artikel 5 Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes

Artikel 6 Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

Artikel 7 Änderung des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer im Bundesgebiet

Artikel 8 Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes

Artikel 9 Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung

Artikel 10 Änderung sonstiger sozial- und leistungsrechtlicher Gesetze

Artikel 11 Änderung sonstiger Gesetze

Artikel 12 Änderung sonstiger Verordnungen

Artikel 13 Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Artikel 14 Bekanntmachungserlaubnis

Was ändert sich durch das Gesetz?

Vorher:

• Asylverfahren dauern mitunter jahrelang.

• Ausreisepflichtige abgelehnte Asylbewerber reisen nicht aus; sie missbrauchen ihren Aufenthalt und belasten die Sozialkassen.

• Jugendliche Ausländer ziehen ohne Sprachkenntnisse und verwertbare Ausbildung bis zum Alter von 16 Jahren zu ihren Angehörigen nach Deutsch-

land.
• Arbeitsplätze für Hochqualifizierte bleiben dauerhaft unbesetzt.

• Neue Arbeitsplätze werden nicht geschaffen.

• Wirtschaft und Wissenschaft sind im internationalen Wettbewerb benachteiligt.

• Zahlreiche Ausländer verfügen über keine oder unzureichende Sprachkenntnisse.

• Integrationsleistungen wie Spracherwerb, werden bei Migranten weder eingefordert noch hinlänglich gefördert.

• Familienangehörige von Spätaussiedlern haben wachsende Integrationsprobleme.

Nachher:

• Asylverfahren werden beschleunigt, Missbrauch beendet und die Ausreisepflicht durchgesetzt.

• Zuwanderung wird insgesamt reduziert.

• Arbeitskräfte besetzen Arbeitsplätze, für die im Inland kein Bewerber gefunden werden konnte.

• Neue Arbeitsplätze werden geschaffen.

• Sozialkassen werden entlastet.

• Alle Zuwanderergruppen müssen erstmals systematisch Deutsch erlernen.

• Zuwanderer können sich durch Kursprogramme schneller und besser integrieren.

• Integrationschancen Jugendlicher werden durch Absenkung des Nachzugsalters erhöht.

• Der Spätaussiedlerzuzug wird unter Integrationsgesichtspunkten reguliert und abgesenkt.

Quelle: „Fragen und Antworten zum Zuwanderungsgesetz“, Artikel der Internetredaktion des Bundesministeriums des Inneren, veröffentlicht am 27. März 2002.

PresseEcke

Quelle: AiD/Ausländer in Deutschland 2/02
Martin Zwick, isoplan

Statistik
Aktuelle Ausländerdaten

Mit rund 7,3 Millionen ist die Zahl der Ausländer in Deutschland seit 1996 ziemlich stabil. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung liegt konstant bei 8,9 %. Nach wie vor sind die Unterschiede zwischen Ost und West erheblich: nur knapp 300.000 (also rund 4 %) der in Deutschland registrierten Ausländer lebten Anfang 2000 in den neuen Bundesländern; die Ausländerquote lag hier zwischen 1,7 % (Sachsen-Anhalt und Thüringen) und 2,4 % (Brandenburg und Sachsen; Mecklenburg-Vorpommern: 1,8 %). In den Flächenländern Baden-Württemberg

(12,5%), Hessen (12,1%), Nordrhein-Westfalen (11,4 %) und Bayern (9,2 %) lag die Quote über 9%, in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg noch darüber (12,8 %).
An der Rangfolge der Nationalitäten hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Nach wie vor bilden die Türken, die Jugoslawen, die Italiener und die Griechen die stärksten Gruppen. Aber es gibt einige bemerkenswerte Veränderungen innerhalb der nationalen Gruppen: Dass die Zahl der Türken in 2 Jahren um mehr als 100.000 abgenommen hat, liegt vor allem an der steigenden Zahl der Einbürgerungen.(Der Wanderungssaldo mit der Türkei war bis einschließlich 1999 positiv, für 2000 und 2001 stehen die Daten noch aus.) Bei Jugoslawen und Bosniern schlägt sich die Rückwanderung der vom Bürgerkrieg Betroffenen in den Zahlen nieder.

Der Zugang von Asylbewerbern und die Zuzüge von Spätaussiedlern waren in den letzten Jahren rückläufig, im Jahr 2001 zogpd die Zahl der Asylbewerber wieder leicht an (siehe Tabelle unächste Seite). Die Zahl der anhängigen Verfahren (Bestandszahlen) konnte von über 600.000 im Jahr 1992 auf rund 200.000 im Jahr 2000 gesenkt werden.

Mit 43,3 % ist die Erwerbsbeteiligung der Ausländer - d.h. der Anteil der Erwerbstätigen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung - mit der der Deutschen durchaus vergleichbar (45 %). Allerdings gibt es bei der "Stellung im Beruf" erhebliche Unterschiede: 55 % der erwerbstätigen Ausländer sind Arbeiter, 31 % Angestellte. Bei den Deutschen ist diese Relation genau umgekehrt: 30,5 % Arbeiter, 52 % Angestellte, hinzu kommen 6,7 % Beamte. Die Quote der Selbstständigen liegt mit 8,4 % bei den Ausländern und 10 % bei den Deutschen in ähnlicher Größenordnung. Die benachteiligte Situation auf dem Arbeitsmarkt spiegelt sich am stärksten in den Arbeitslosenquoten wider: Mit rund 500.000 arbeitslosen Ausländern lag deren Quote im Dezember 2001 bei 19 % während die Gesamtquote aller Arbeitslosen für Deutschland West und Ost 10,6 % betrug.

Ausländische Bevölkerung nach ausgewählten Nationalitäten

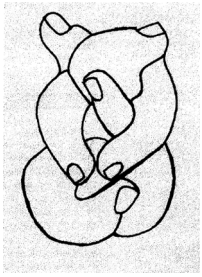
Nationalität	**31.12.1998**	**31.12.2001**
Türkei	2.110.223	1. 947.938
BR Jugoslawien	719.474	627.523
Italien	612.048	616.282
Griechenland	363.514	362.708
Bosnien-Herzegowina	190.119	159.042
Kroatien	208.909	223.819
Spanien	131.121	128.713
Portugal	132.578	132.625
Marokko	82.748	80.266*
Tunesien	24.549	24.100*
Mazedonien	46.167	55.986
Slowenien	18.412	19.395
Anwerbestaaten gesamt	4.639.862	4.378.397
Polen	283.604	310.432
Österreich	185.159	188.975
Iran	115.094	107.927*
USA	110.680	113.623*
Vietnam	85.452	84.138*
Sonst. Nationalitäten	1.899.742	2.135.154
Ausländer gesamt	7.319.593	7.318.628
darunter EU-Staaten gesamt:	1.854.321	1.867.689

*) Daten von Ende 2000 - Quelle: BMA

Erwerbstätigkeit

Ausländische Wohnbevölkerung 2001	7.318.600
Basiszahl des Mikrozensus	7.100.000
Erwerbspersonen	3.074.000
Erwerbstätige	3.074.000
Erwerbstätigenquote der Ausländer	43,3%
Erwerbstätigenquote der Deutschen	45,0%
Erwerbslose Ausländer	541.000
Erwerbstätige Ausländer nach Stellung im Beruf	
Selbständige	257.000
Familienangehörige	31.000
Angestellte	963.000
Arbeiter	1.692.000
Auszubildende	119.000

Quelle:Statistisches Bundesamt, Mikrozensus



Asylbewerber
Neuzugänge und Bestandzahlen

Jahr	*Neuzugänge*	*Bestand(gerundet)*
1997	104.353	320.000
1998	98.644	286.000
1999	95.113	264.000
2000	78.564	199.800
2001	88.287	k.A.

Quelle: BMA

Aussiedler
Zuzüge und Herkunft 1998 - 2001

Jahr	*Zuzüge*
1997	134.419
1998	103.080
1999	104.916
2000	95.615
Jan-Okt 2001	84.786

Land	*Zuzüge 2000/2001*
Ehemal. UdSSR	383.619
Polen	1.914
Rumänien	2.730
andere	134

Quelle: BMA

Buchvorstellung**Buch**vorstellung**Buch**vorstellung

The World Health Report 2001
Mental Health: New Understanding, New Hope

Lange Zeit war und zum Teil ist "Mental Health" das Aschenputtel der Gesundheitsversorgung, sei es in OECD Ländern oder in Entwicklungsländern. Versuche "Mental Healthî"in die Agenda für eine globale öffentliche Gesundheit einzubringen ist bisher nur in Ansätzen gelungen.

Der World Health Report 2001 der Weltgesundheitsorganisation hat zum erstenmal "Mental Health - Psychische Gesundheit" zum Thema. Dieser Report ist meines Erachtens längst überfällig. Fast eine halbe Milliarde der Weltbevölkerung ist psychiatrisch oder neurologisch erkrankt oder leidet unter psychosozialen Problemen wie Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Die meisten Menschen dieser Welt erhalten jedoch keinerlei Art von Behandlung für diese Störungen - viele sind stigmatisiert, mit Vorurteilen belegt und ausgegrenzt

Der World Health Report 2001 zeigt auf, dass psychische Störungen durchaus mit gutem Erfolg behandelbar sind. Er will sowohl öffentliches als auch professionelles Verständnis für Menschen mit psychischen Störungen wecken, will aufmerksam machen auf die menschlichen, sozialen und auch ökonomischen Folgen und Lasten die durch psychische Erkrankungen entstehen. Es wird in dem Report immer wieder unterstrichen dass "Mental Health" kein Privileg der reichen Nationen

sein darf sondern, dass psychische Gesundheit gerade auch für Entwicklungsländer zunehmend Priorität gewinnen muss.

Der Report ist in fünf Kapitel gegliedert. **Das erste Kapitel** geht von einem „Public Health“ Standpunkt aus, zeigt die gegenseitige Abhängigkeit von psychischer und physischer Gesundheit auf. Es wird auf die komplexe Interaktion zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren eingegangen. Gerade wegen der Größe und Relevanz des Problems wird für integrierte Lösungsansätze im Sinne von „Public Health“ geworben.

Das zweite Kapitel geht mit epidemiologischen und ökonomischen Daten auf die Belastungen ein, die durch psychische Störungen entstehen. Es wird aufgezeigt das ca. 20% aller Patienten die „Primary Care“ Einrichtungen aufsuchen, mindestens eine oder auch mehrere psychische Störungen aufweisen und das dies ein universelles Phänomen ist gleich in welchem Land, gleich bei welchem Geschlecht, gleich welchen Alters und auch unabhängig ist von ländlichen oder städtischen Regionen. Besonders wird auf Störungen eingegangen die oft chronisch verlaufen wie: depressive Störungen, Substanzabhängigkeiten, Schizophrenie, Epilepsie, die Alzheimer Erkrankung, geistige Behinderung und Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Im dritten Kapitel wird auf Menschenrechte und Versorgungsstrukturen eingegangen, auf das Recht von psychisch Kranken als Individuum gesehen zu werden. Psychiatrische Großkrankenhäuser werden eher als Behinderung, denn als Lösung von „Mental Health“ Problemen gesehen. Es wird dafür plädiert psychiatrische Vesorgungsstrukturen in Allgemeinkrankenhäusern und bei Hausärzten zu integrieren und für chronische Patienten Strukturen in der Gemeinde zu schaffen. Die Wichtigkeit von Frühinterventionen, die Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenverbänden und der Gemeinde wird betont. Die Kontinuität der Versorgung wird ebenso wie eine rationale Psychopharmakotherapie unter Einbeziehung von psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen gefordert.

Das vierte Kapitel setzt sich mit der Implementation von den in den ersten drei Kapiteln genannten Forderungen auseinander, die auf politischer Ebene zu erfolgen haben. Es werden Vorschläge gemacht, welche Gesichtspunkte Gesetzgeber in Hinblick auf Unterbringung, Versorgung und forensische Aspekte beachten sollten.

Das letzte Kapitel schließlich fasst noch einmal Vorschläge für eine gute „Mental Health“ Versorgung zusammen. Es werden auch Szenarien für Länder mit geringen, mit mäßigen und mit reichhaltigen Ressourcen entwickelt.

Im Anschluss an den Text gibt es noch einen reichhaltigen statistischen Anhang mit Daten aus den 191 Mitgliedstaaten der WHO.

Fazit: Ein gut lesbarer Bericht, der für jeden der an einem globalen Überblick über psychische Störungen und Versorgungsstrukturen interessiert ist, reichhaltiges Material bietet. Er ist meines Erachtens Pflichtlektüre für Planer von Gesundheitsdiensten und Tätige im öffentlichen Gesundheitsdienst gleich ob in ökonomisch reichen oder armen Ländern. Aber auch für Kliniker, die über den Tellerrand schauen wollen, ist der Bericht spannende Lektüre. Mit 15 Schweizer Franken ist das Buch für die Aufmachung und den Informationsgehalt ausgesprochen preiswert.

PresseEcke

Quelle: Deutsches Ärzteblatt/Jg.99/Heft33/ 16. August 2002
Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs

Psychologisches Gutachten
Wissen über Traumata mangelhaft

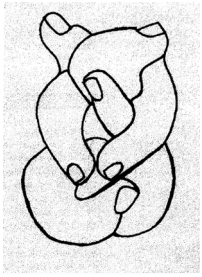
*Angesichts der Defizite bei der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge hat eine Gruppe von Ärzten und Psychotherapeuten * Standards für Gutachter entwickelt.*

Psychologische und ärztliche Gutachter müssen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren in der Regel Fragen nach psychisch reaktiven Traumafolgen beantworten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Auftraggeber, Ausländerbehörden, Verwaltungsgerichte und selbst Gutachter bei der Bewertung dieser Folgen nicht über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit extrem traumatisierten Menschen verfügen, vor allem dann nicht, wenn diese aus anderen Kulturkreisen stammen.

So stufte beispielsweise ein Amtsarzt im Oktober 2000 den kurdischen Träger des Aachener Friedenspreises, H. Calhan, als nicht traumatisiert ein. Dabei belegten ärztliche Atteste eine psychische Traumatisierung als Folge von Folter. Der Amtsarzt erklärte Calhan für „reisefähig“. Der Kurde wurde abgeschoben. Dabei wies das Abschiebegutachten deutliche fachliche, rechtliche und ethische Mängel auf, die die zuständige Landesärztekammer inzwischen bestätigte. Der Fall Calhan löste bundesweit Empörung aus. Der Protest mündete unter anderem im „Aachener Appell“, den 700 Psychotherapeuten und Institutionen unterzeichneten.

Dieser Vorgang ist kein Einzelfall. Viele Kolleginnen und Kollegen, die durch Krieg und Folter traumatisierte Flüchtlinge und Asylbewerber betreuen oder behandeln, haben ähnliche Erfahrungen gemacht. Behördenvertreter sind häufig nicht in der Lage, gesunde Personen von denen zu unterscheiden, die an psychisch reaktiven Extremtraumafolgen leiden. Bei inhaltlichen oder zeitlichen Widersprüchen in ihren Angaben wird den Flüchtlingen oft zu Unrecht unterstellt, sie sagten die Unwahrheit. Nicht geschulte Gutachter neigen dazu, ein Trauma wegen der inneren Abkapselung, dem fragmentarischen Charakter traumatischer Erinnerung und dem Vermeidungsverhalten Traumatisierter nicht wahrzunehmen. Um schwer traumatisierten Menschen gerecht zu werden, bedarf es spezieller Gesprächstechniken und Untersuchungsmethoden. Standards zur Erstellung von Gutachten für psychisch Traumatisierte sind deshalb dringend erforderlich. Jeder Gutachter sollte mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen über psychisch reaktive Traumafolgen vertraut sein, über eine gründliche Klinische Erfahrung verfügen und gegebenenfalls auch seine eigene „trauma history“ bearbeitet haben. Ferner sollte er die kulturellen Besonderheiten und rechtlichen Probleme der Betroffenen kennen. Nur dann wird er in der Lage sein, sich verantwortungsbewusst Gutachterlich zu betätigen.

Handlungsbedarf sah auch der 105. deutsche Ärztetag, der Ende Mai in Rostock tagte. Er forderte die Bundesärztekammer auf, „die Entwicklung von Standards zur Begutachtung von psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in Asyl- sowie anderen aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu unterstützen und hierzu ein entsprechendes Weiterbildungscurriculum mit Zertifizierung zur fachgerechten Erstellung dieser speziellen Gutachten zu entwickeln.“ Zuvor hatte sich bereits eine Gruppe erfahrener Gutachter aus den verschiedenen Gebieten der Traumatherapie und -forschung zur Arbeitsgruppe SBPM (Standards



für die Begutachtung psychotraumatisierter Menschen) zusammengefunden, um entsprechende Standards zu entwickeln. Ihre Arbeitsentwürfe hat die Gruppe mit Vertretern verschiedener Institutionen und Fachgesellschaften sowie mit der Bundesärztekammer abgestimmt.

Die Gutachtenstandards bestehen aus drei Teilen:

1. Teil: Eingangsvoraussetzungen für die Anerkennung als Gutachter sind die Approbation als ärztlicher, psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie der Nachweis von mindestens fünf Jahren Tätigkeit im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in Klinik, Praxis oder einer Beratungsstelle.

Teil 2: Die verbindliche Fortbildung besteht aus Modulen. Das Grundmodul vermittelt allgemeine gutachterliche Kenntnisse sowie rechtliche und ethische Rahmenbedingungen. Das Aufbaumodul I vermittelt Kenntnisse der Psychotraumatologie und der Formen traumatisierender Gewalt. Das Aufbaumodul II informiert über den rechtlichen politischen und ethischen Rahmen der Begutachtung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Themen sind unter anderem interkulturelle Besonderheiten in der Begutachtung, kulturspezifische, soziale und politische Strukturen, Formen politisch organisierter Gewalt, der Gesundheits- und Krankheitsbegriff im Kulturvergleich, Kommunikationsformen und deren Auswirkungen auf gutachterliche Interaktionen, der Einsatz von Dolmetschern in der Gutachtensituation, Asyl- und Ausländerrecht sowie die Struktur der Verwaltung von Flüchtlingen.

Praktische Übungen, eine Gruppenselbsterfahung von 20 Doppelstunden zum Thema Extremtrauma und Traumatisierung und eine Supervision von mindestens drei Gutachten schließen die Fortbildung ab, die zur Zertifizierung führt. Kenntnisse aus absolvierter Weiter- und Fortbildung können angerechnet werden.

Kollegen, die bereits gutachterlich tätig sind, erhalten die Zertifizierung, wenn sie fünf Fachgutachten oder gutachterliche Stellungnahmen nachweisen, von denen mindestens zwei mithilfe von Dolmetschern erstellt wurden. Im Rahmen einer Übergangsregelung sollten Ärzte und Psychotherapeutenkammern gemeinsam erfahrene Traumatherapeuten benennen, die die Gutachten der Kollegen überprüfen.

Teil 3: Die Gutachten müssen klar gegliedert sein. Gutachtenauftrag, Quellen, Fragestellung und Hypothesen, Vorgeschichte nach Aktenlage und eigenen Angaben, Untersuchungsbefunde, deren Diskussion und Beurteilung, Diagnose, Zusammenfassung und Literaturangaben werden dargestellt und kommentiert.

Die Unabhängigkeit des Gutachters muss in vollem Umfang gewahrt bleiben. Die Annahme eines Gutachtenauftrages setzt voraus, dass der Therapeut sich vergewissert hat, dass die Beantwortung der Fragen in seine fachliche Kompetenz fällt. Zudem darf der zu Begutachtende weder sein Patient sein noch sonst in irgendeiner Beziehung zu ihm selbst oder seinen Angehörigen stehen.

Nach der Überprüfung, ob eine Sprachvermittlung notwendig ist muss der Gutachter klären, ob der Gutachtenauftrag infolge ethnischer, geschlechtsspezifischer, religiöser oder politischer Befangenheit zwischen Gutachter, Dolmetscher oder Flüchtling beeinträchtigt werden könnte. Er stellt sicher, dass Flüchtling und Dolmetscher weder verwandt noch miteinander bekannt sind, und informiert den Flüchtling darüber, dass er, ohne Nachteile befürchten zu müssen, einen Gutachter ablehnen darf. Fragen zur Glaubhaftigkeit von Angaben, mit denen ein Asylantrag begründet wird, darf der Gutachter nicht beantworten. Sie gehören in den Bereich der forensischen Psychologie, die allerdings bislang nicht über standardisierte, wissenschaftlich validierte Verfahren, zur Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Angaben psychisch traumatisierter Menschen verfügt. Der Gutachter muss jedoch den Zusammenhang zwischen auslösender Traumatisierung und Symptomatik belegen. Insofern können klinische Gutachten und Stellungnahmen zu psychischen Traumafolgen Anhaltspunkte liefern, die für oder gegen den Erlebnisbezug von Aussagen zur traumatischen Vorgeschichte sprechen, ebenso wie sie auch Hinweise darauf geben können, ob die Aussagefähigkeit des Begutachteten krankheitsbedingt eingeschränkt ist.

Fragen zur „Reisefähigkeit“ sind nicht zu beantworten. Ein körperlich oder psychisch kranker Flüchtling kann bei seiner Rückkehr in sein Heimatland lebensbedrohlich gefährdet, aber dennoch reisefähig sein. Die Beschränkung der Fragestellung auf die Reisefähigkeit würde in einem solchen

Fall dem Kern des Problems nicht gerecht. Darauf sollte der Gutachter seinen Auftraggeber hinweisen. Da bei Gericht eine Änderung der Beweisanordnug Monate dauern kann, genügt in der Regel das mündliche Einverständnis des Richters, die Begutachtung in fachlich sinnvoller Weise zu erweitern. Bei Fragen zur Prognose des Therapieverlaufs muss der Gutachter in der Diskussion ausführen, dass eine Behandlung sinnvollerweise nur erfolgen kann, wenn sie von aufentshaltsrechtlichen Fragen abgekoppelt ist, das heißt, dass der Therapieerfolg nicht mit einer Rückführung in das Land verknüpft wird, in dem die Traumatisierung stattgefunden hat.
Im Gegensatz zu Gutachten kommen Stellungnahmen mit einer kürzeren Darstellung von Vorgeschichte, Beschwerdebild, Befunden und Beurteilung aus. Der Therapeut stellt sie seinem Patienten zur Vorlage bei einer Behörde aus. Daher sind Stellungnahmen als „Parteivortrag“ zu kennzeichnen. Ihre große Bedeutung ergibt sich aus der längerfristigen Beobachtung des Patienten, die Traumatisierungen häufig erst erkennbar werden lässt.
Um eine möglichst verbindliche Anwendung der SBPM-Standards zu fördern, steht die Arbeitsgruppe in Kontakt mit dem Bundesinnenministerium und dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge in Nürnberg. Auf Anregung der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesinnenministerium, Dr. Cornelia Sonntag-Wogast, fand dort im April 2001 eine erste Fachtagung zum Thema „Traumatisierte Flüchtlinge“ statt, eine zweite Tagung ist geplant. In Berlin werden die Gutachtenstandards bereits angewendet. Nach dem Gutachterskandal von 1999 hat die Senatsverwaltung die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern mit der Erstellung von Gutachterlisten beauftragt. Die Arbeitsgruppe ist zuversichtlich, dass die Standards nach einer weiteren Diskussion umfassend angewendet werden.

Das Literaturverzeichnis und die Standards zur Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen sind im Internet unter www.aerzteblatt.de, Rubrik: DÄ plus/Zusatzinfo erhältlich.

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs
Hahner Straße 29 52076 Aachen

PresseEcke

Quelle:Deutsches Ärzteblatt/Jg.99/Heft 30
Petra Bühring

Psychisch kranke Migranten **Interkulturelle Kompetenz ist wichtiger**

Die Therapie psychisch kranker Migranten erfordert die Kenntnis des kulturellen Krankheitskonzepts und Respekt gegenüber der fremden Kultur. Die aufenthaltsrechtliche Situation beeinflusst den Krankheitsverlauf.

Migration macht vor den Toren psychiatrischer Kliniken nicht Halt. Zunehmend werden deren Mitarbeiter mit Krankheitsvorstellungen aus anderen Kulturkreisen konfrontiert, die von den westeuropäischen abweichen. Sie stehen vor Verständigungsproblemen, erleben sprachliche und kulturelle Missverständnisse und müssen umgehen mit unermesslichem Leid bei Opfern politischer Verfolgung, die gefoltert oder vergewaltigt wurden. Der Arbeitskreis „Ausländische Patienten in den Rheinischen Kliniken Düren“ stellte fest, dass bei der psychiatrischen Behandlung von Migranten immer wieder Fragen aufkamen. Aus diesem Grunde luden die Rheinischen Kliniken und die Diakonie Jülich zu einem Informationstag ein.
Migranten seien seltener in psychiatrischer Behandlung als ihr Anteil an der Bevölkerung vermuten lasse, berichtete Dr. med. Friedrich Leidinger, Landschaftsverband Rheinland. Dagegen würden sie deutlich häufiger per Zwangsmaßnahme eingewiesen. Nur wenige chronisch psychisch kranke Migranten würden in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen betreut. „Hier besteht eindeutig Unterversorgung“, beklagt Leidinger. **Angehörige der islamischen Kultur müssen in Deutschland meist einen "Spagat zwischen ihren Traditionen und der westlichen Lebensweise" vollbringen**, sagte Dipl. Psych. Ali Kemal Gün, Köln. Migranten seien hier generell vielen Stressoren ausgesetzt, zum Beispiel durch den Verlust von Bezugspersonen im Herkunftsland und enttäuschte Erwartungen. Ganz wichtig sei

deshalb eine biographische Anamnese um den Migrationskontext zu erfahren. Ebenso entscheidend sei die soziale Situation und der Aufenthaltsstaus in Deutschland. Voraussetzung für eine Erfolg versprechende Behandlung sei, das Krankheitskonzept des Patienten und seiner Familie zu kennen. So gingen Muslime davon aus, dass Krankheit nicht im Körper entstehe, sondern von außen, zum Beispiel durch Dämonen eindringe. Der Gesundheitszustand hänge vom Willen Allahs ab, glauben sie. Krankheit werde daher als strafende Gerechtigkeit empfunden.
Deutsche Psychiater und Psychotherapeuten müssten wissen, dass Muslime mit sehr hohen Erwartungen zur Behandlung kämen. Denn sie seien meist die letzte Station auf der Suche nach Hilfe. Zuvor hätten sie traditionelle Heiler besucht, die mittels „positiver Magie oder Zauberei“ den Patienten von „Dämonen und Besessenheit“ zu befreien suchten. Gün hatte oft Patienten, die viel Geld für solche Heiler ausgegeben haben. Die Patienten erwarten dann „Heilung durch bloßes Handauflegen“, wohingegen deutsche Psychiater die konkrete Beschreibung der Symptome erwarten. Wenn ein Türke, der psychische Krankheit ganzheitlich erlebe, dann einfach sagt ich bin krank, ist das Dilemma programmiert. Ist der Arzt auf einen Dolmetscher zur Verständigung angewiesen, wird es noch schwieriger. Ali Kemal Gün hält nichts von wörtlichen Übersetzungen. Dabei kämen oft Sätze raus wie ”Ich habe meinen Kopf erkältet.“ Die sinngemäße Übersetzung wäre: Ich bin verrückt geworden.“

Familie des Patienten in die Behandlung integrieren

Um Migranten angemessen behandeln zu können, ist kulturelle Sensibilität erforderlich. Gün fordert daher transkulturelle Medizin beziehungsweise Psychologie verstärkt in Aus-, Weiter- und Fortbildung einzubinden. Die Familie des Patienten müsse unbedingt als Subsystem in die Behandlung integriert werden. Notwendig wären auch mehr Muttersprachler in der Versorgung. Allerdings: „Interkulturelle Ansätze müssen von oben gewollt und von unten getragen werden.“ Ebenso wichtig wie erlernbare interkulturelle Kompetenz ist für den auf Traumabehandlung spezialisierten Psychiater Peter Liebermann, Stiftung Tannenhof, Remscheid, die Therapeutische Haltung, „Respekt gegenüber kulturellen Besonderheiten zu haben, auch wenn sie schwer nachvollziehbar sind“. Um Missverständnisse zu vermeiden müsse der Therapeut den Patienten zunächst immer zu seinem Konzept von Freude, Trauer und Scham befragen. Auch die Auswahl des Dolmetschers setze Kenntnis der Kultur voraus:
So sei es beispielsweise bei Patienten aus Asien nicht sinnvoll, einen Dolmetscher des jeweils anderen Geschlechts einzusetzen. Aus Scham würden Asiaten dann sexuellen Missbrauch erst gar nicht ansprechen.

Bei Abschiebung droht Retraumatisierung

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus belastet die psychische Gesundheit von Migranten zusätzlich. Trotzdem würden immer wieder zeitlich begrenzte Aufenthaltsduldungen ausgesprochen kritisiert die Rechtsanwältin Kerstin Müller, Köln. In vielen Asylverfahren stellte sie fest, wie schwierig es für psychisch kranke Flüchtlinge ist, ihr Abschiebungshindernis in den Anhörungen vor Gericht, wo vieles vom Auftreten des Antragstellers abhängt glaubhaft zu machen. Hier könnten psychologische Gutachter vor Gericht helfen, sagte sie . **„Unsensibles Verhalten der Richter kann die Symptome von psychotraumatisierten Flüchtlingen verstärken“**, betont Liebermann.
Müller konnte feststellen, dass die Anforderungen an die psychologische und medizinische Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge immer höher werden. Atteste werden immer öfter abgelehnt, mit der Begründung, dass die Diagnose nicht ausreichend dargelegt worden sei. Zudem müssten die Flüchtlinge die Gutachten selbst finanzieren. Rund 800 Euro kostet ein solches Gutachten schätzt Liebermann.

All dies dient dazu, Bewerber um politisches Asyl abzuschrecken. Das gleiche Ziel haben die immer wieder angeprangerten so genannten Gefälligkeitsgutachten für Ausländerbehörden. Bedacht werden sollte, dass den psychisch kranken Flüchtlingen bei einer Abschiebung nicht nur die Retraumatisierung droht , sondern sie wieder dem inhumanen System ausgeliefert werden, aus dem sie geflohen sind.

PresseEcke

Quelle: AiD/Ausländer in Deutschland 1/02
Veronika Kabis

Fehldiagnosen und Endlostherapien
Langsam öffnet sich das Gesundheitswesen für die Belange von MigrantInnen

Oftmals wird verallgemeinernd angenommen, dass MigrantInnen häufiger erkranken als Einheimische. Die gegenwärtigen Forschungen zum Thema Migration und Krankheit weisen jedoch darauf hin, dass es hier genauer hinzusehen gilt: Richtig ist, dass sich sowohl höhere als auch niedrigere Raten finden ließen, wenn man nach einzelnen Krankheitsbildern unterscheidet. Und dann wiederum ist es weniger das kritische Lebensereignis der Migration, das krank macht, als vielmehr die spezifischen Bedingungen der Lebensgestaltung in der neuen Umgebung.

Besondere Risikokonstellationen, die mit Migration verbunden sein können, sind etwa schwere Arbeitsbedingungen oder aber auch Arbeitslosigkeit, unzulängliche Wohnverhältnisse, das Fehlen eines engen familiären Netzwerkes, die Erfahrung von Ausgrenzung und Diskriminierung. Eine Sichtweise auf den Migrationsprozess und seine Folgen, die die Kultur überbetont, ist deshalb zu einseitig. Der Problemkreis Migration und Gesundheit muss vielmehr auch als ein Sonderfall des Themas „soziale Lage und Gesundheit“ gesehen werden. Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen setzen deshalb sowohl die „interkulturellen Kompetenz“ in den Institutionen und beim Personal voraus als auch den Abbau der strukturellen Benachteiligungen, die krankmachend wirken oder umgekehrt die Genesung verzögern.

Ein wesentlicher Faktor, den es hierbei zu betrachten gilt, ist die Sprache. Eine Studie an der Universität Osnabrück hat den Zusammenhang zwischen der Überrepräsentanz bestimmter Aussiedlergruppen in der stationären Behandlung und die Bedeutung der Ressource „Deutschkenntnisse“ für die Entwicklung und Behandlung der Erkrankung herausgearbeitet. Dabei hat sich unter anderem gezeigt, dass die Behandlungsdauer bei geringer Sprachkompetenz bis zu doppelt so lang sein kann. Eine weitere empirische Untersuchung über Erfahrungen türkischer Migrantinnen in einer Berliner Frauenklinik offenbart große Mängel in der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen : Dort, wo Übersetzungen notwendig sind, werden sie in der Regel durch „Zufallsdolmetscher“ gewährleistet - vom Ehemann bis hin zu Reinigungskräften und Bettnachbarn. Der Anspruch von Patienten auf korrekte Information und medizinische Therapie kann auf diese Weise nicht immer eingelöst werden. Gerade in der Gynäkologie werden relevante Informationen bei der Vermittlung durch Angehörige oder Fremde möglicherweise durch Schamgefühl und Tabus verzerrt. Die „Sprachlosigkeit“ zwischen medizinischem Personal und Patientinnen führt mitunter zu hilflosen Reaktionen, von Fehldiagnosen bis hin zur Übermedikation. Die Lösung dieses Dilemmas sehen die Fachleute auf der einen Seite in der Förderung der Sprachkompetenz von Migrantinnen und auf der anderen Seite im Einsatz professioneller Dolmetscherinnen.

Gleichzeitig sind Migrantinnen oftmals nur unzureichend über die breitgefächerten Angebote des deutschen Gesundheitssystems informiert. Arif

Ünal, Leiter des Gesundheitszentrums für Migrantinnen in Köln, hat immer wieder festgestellt, „dass sich etwa Migrantinnen aus der Türkei, auch wenn sie seit über zehn Jahren hier leben, und Kontingentflüchlinge aus Russland zu wenig im Gesundheitssystem auskennen. Da sie keine ähnlich ausdifferenzierten Strukturen in ihren Heimatländern kennen, können sie sich unter vielen dieser Strukturen nichts vorstellen, wie etwa Beratungsstellen für Geschlechtskrankheiten, sozialpsychiatrische Zentren oder Selbsthilfegruppen .“ Das Beratungszentrum hat darauf reagiert, indem es einerseits Patientinnen an diese Institutionen vermittelt, anderseits aber auch gezielte Angebote selbst macht oder die Gründung von Selbsthilfegruppen initiiert.

Besonders gravierende Probleme sieht Ünal in der Psychiatrie und Geriatrie (Altersheilkunde). So berichtet er von einem Patienten, mit dem erst drei Wochen nach der Einweisung in eine Klinik ein Anamnesegespräch geführt werden konnte, weil vorher kein Dolmetscher zu organisieren gewesen war. In der Zwischenzeit wurde er mit Medikamenten „ruhiggestellt“. Diese weder ethisch noch wirtschaftlich vertretbaren Missstände basieren in den meisten Fällen auf mangelnden Ressourcen, mitunter aber auch auf fehlender Sensibilität und mangelndem Problembewusstsein.

Wenn bestimmte Gruppen von Menschen nicht mehr in ausreichendem Maße vom bestehenden Versorgungssystem mit seiner ausgeprägten „Komm-Struktur“ erreicht werden, ist der öffentliche Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens neben ambulanter und stationärer Versorgung in der Pflicht, geeignete Maßnahmen zu treffen. Dass im Falle von MigrantInnen ein öffentliches Interesse besteht, liegt auf der Hand: Versorgungsstrukturen, die die Belange der MigrantInnen nicht berücksichtigen, wirken sich nicht nur ungünstig auf deren Gesundheit aus, sondern sie können sich auch als Kostenfaktoren niederschlagen. Ingrid Geiger vom Gesundheitsamt Heidelberg sieht deshalb eine Reihe von Handlungsfeldern für eine qualitätsorientierte interkulturelle Öffnung im Gesundheitsdienst: die Entwicklung einer migrantionssensiblen Gesundheitsberichterstattung, die Förderung interkulturell kompetenter und muttersprachlicher Fachkräfte sowie der interkulturellen Teambildung, der schrittweise Abbau von Zugangsbarrieren, die Anregung einer regionalen Vernetzung zwischen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens und die Sichtbarmachung der interkulturellen Öffnung nach innen und außen.

Letzteres kann sich zum Beispiel in einem Leitbild ausdrücken. Das Leitbild des öffentlichen Gesundheitsdienstes muss ein Bekenntnis zur Einwanderungsgesellschaft und zur interkulturellen Orientierung der Dienstleistungen enthalten. So formuliert etwa die Stadt München als Anforderung an die von ihr im Gesundheitswesen bezuschussten Einrichtungen, dass sie „die kulturellen Unterschiede zu respektieren hätten und nicht selektierend wirken dürften. Krankmachende Faktoren, die aus der Ausgrenzung, Missachtung oder der Nicht-Verständigung der Angehörigen verschiedener Kulturen resultieren, sollten im präventiven Sinne wie auch in der gesundheitlichen Versorgung besondere Berücksichtigung finden“.

PresseEcke

Quelle: AZ Nr. 89, vom 17. April 2002

Deutschkurse auch in Moscheen
Vorstellung des Projektes im Ausländerbeirat

Integration ist Bürgerpflicht. Diese These stellte Prof. Franz Schaffer, Ordinarius für Sozial- und Wirtschaftsgeografie, vor dem Ausländerbeirat auf, der zum ersten Mal in diesem Jahr tagte. Neu auf dem Podium saß der neue Ausländerbeauftragte der Stadt, Robert Vogl.

„Die Sprache ist das wichtigste, dann die Ausbildung und der Arbeitsplatz“, sagte Schaffer. Es dürfte nicht sein, dass Menschen durch Sprachprobleme der Zugang zu Kultur und städtischem Leben verwehrt bleibt. Schaffer will über das „Netzwerk für Integration“ (Deutschunterricht als Nachbarschaftshilfe) das Problem anpacken. Geplant ist , dass Studenten oder Vereinsmitglieder zu Tutoren ausgebildet werden, die in ihrem Bereich Deutsch unterrichten. Die Ausbildung findet unter anderem in der Herrenbach - Volksschule statt. Doch letztlich ist es Ziel Schaffers, den Unterricht in die Moscheen zu verlagern. Denn Schuld an der Sprachmisere seien beide Seiten: Sowohl die, die vor der Moschee warten, als auch die, die drinnen sitzen.

Weitere Themen: Der Beirat möchte einen neuen, treffenderen Namen haben. Nun soll die Arbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte Bayern (AGABY) eine einheitliche Bezeichnung für alle bayerischen Räte finden.

Einstimmig angenommen wurde die Teilnahme an der Augsburger Frühjahrsausstellung afa und an der Europawoche im Mai. Der Beirat empfiehlt dem Stadtrat, die Schulsozialarbeit fortzusetzen. An die Schulen ist der Appell gerichtet, Schülern das Computerspiel „Xenophilia“ zur Verfügung zu stellen. Es hat zum Ziel, Vorurteile gegenüber Fremden abzubauen.

Bis zur nächsten Sitzung im Juli soll die neue Satzung stehen, bis dahin wird sich das Gremium auch auf einen Wahlmodus einigen. Diskutiert wurde eine Kontingentierung der Stimmen, um die große Mehrheit der türkischen Bevölkerung zu deckeln um eine größere Nationenvielfalt im Rat herzustellen.

PresseEcke

Quelle: Schwäbisches Tagblatt
Samstag, 16 März 2002
Peter Langos

Eine vom allgemeinen Bedenkenträger-Ton abweichende Stimme zur PISA-Studie.

„Freuen wir uns doch!“

Das Gejammere über die Ergebnisse der Pisa-Studie ist kaum noch zu ertragen, weil es unberechtigt ist. Katzenjammer - mit Konsequenzen (Bildungsnotstand) - erregte bereits in den frühen 60er-Jahren eine vergleichbare Studie. Der geniale Kabarettist Wolfgang Neuss fasste das Ergebnis derselben folgendermaßen zusammen : Wir glauben an die Unantastbarkeit des augenblicklichen deutschen Bildungsstandes./ In der Weltrangliste an 39. Stelle / Mit Uganda auf gleicher Höhe/ Womit hier nichts gegen Uganda gesagt sein soll./ Denn Uganda ist seit kurzem souverän..."(Der totale Neuss, Wolfgang Neuss. Gesammelte Werke, herausgegeben von Volker Kühn, ...1997, S. 330). Tipp für den Stress fantasielos gewordene Deutschlehrer/innen in der Oberstufe von Gymnasien statt: zu Schiller ohne Unterrichtseinheit oder gar zwei zu Wolfgang Neuss!

Wenn man beide Studien miteinander vergleicht, so hat sich Deutschland - im Vergleich zur BRD - vom 39. Platz auf den 21., manchmal auf den 23. und 25. Platz vorgearbeitet. Wie ist dieser unbezweifelbare Erfolg in der Bildungspolitik zu erklären? Wenn davon auszugehen ist, dass die „echten“ Westdeutschen nicht intelligenter geworden sind (anders kann man 16 Jahre Kohl wohl nicht erklären), ist der Fortschritt wohl nur durch das Hinzukommen von zwei zusätzlichen Schulkindergruppen zu erklären, die offensichtlich klüger sind als die westdeutschen Kinder: 1. die Migranten-Kinder, 2. die Ost Kinder.

Freuen wir uns doch über diesen Fortschritt anstatt zu Jammern.

Peter Langos, c/o Arbeiterbildung e. V. Reutlingen, Oberarnteistraße 28

PresseEcke

Hanne Johe-Kellberg, *isoplan*

Sprachkompetenz im Visier
Migrantenkinder und die "PISA"-Studie

Der viel beklagten mangelhaften Integration von bereits lange in Deutschland lebenden Migrantinnen begegnet das Zuwanderungsgesetz mit einem umfassenden Angebot an Sprach- und Orientierungskursen für künftig einreisende Erwachsende. Hier hat man aus der Vergangenheit gelernt. Dass es außerhalb dieser gesetzlich verankerten Maßnahmen einer großen Anstrengung in allen gesellschaftlichen Institutionen bedarf, um „Altlasten" abzutragen und für die Zukunft gerüstet zu sein, haben jüngst die Ergebnisse des Schulleistungstests „PISA" deutlich vor Augen geführt.

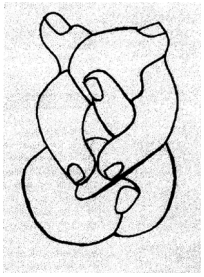
Dem deutschen Schulsystem ist es nicht gelungen, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ausreichend zu fördern. Zu den so genannten „Risikogruppen" gehören auch Kinder mit Migrationshintergrund. In keinem anderen Industrieland ist die soziale Herkunft so entscheidend für Schulerfolg. Kinder aus Akademikerfamilien haben viermal größere Abiturchancen als Kinder aus Facharbeiterfamilien. Rund 60% der Ausländerkinder besuchen die Hauptschule, ein Drittel von ihnen verlässt diese ohne Abschluss. Die Hälfte der ausländischen 15-Jährigen verfügt über eine so geringe Lesekompetenz, dass sie beim Übergang ins Berufsleben große Probleme haben werden. Ausreichende Deutschkenntnisse sind aber die Grundvoraussetzung für gleiche Startchancen und einen erfolgreichen Schulabschluss.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung besteht aber auch darin, dass sich Probleme mit der deutschen Sprache in erschreckendem Maß auch bei Kindern aus deutschsprachigen Arbeiterfamilien feststellen lassen. Ihr Umfeld ist -ähnlich wie das der Migrantenkinder in den betreffenden Stadtteilen - wenig sprachorientiert. **Das Fernsehen spielt eine übergroße Rolle im Alltag, und vorgelesen oder diskutiert wird kaum** (www.pisa.oecd.org.).

Das schlechte Abschneiden deutscher Schulen hat eine breite Diskussion über Fehler in Politik, Schule und Familie ausgelöst. Klar ist, dass die Integration von Kindern aus zugewanderten Familien erheblich verbesserungsbedürftig ist. Schulen und Kindergärten müssen in die Lage versetzt werden, sich auf Migrantenkinder einzustellen. Eine Sprachförderung, die Migrantenkinder und deutsche Kinder mit sprachlichen Defiziten berücksichtigt, ist von zentraler Bedeutung. Gleichzeitig aber muss das „Bildungsbewusstsein" in den Familien gestärkt werden - ohne Mitarbeit der Eltern kann die Integration der Kinder nicht gelingen.

Kindergartenpflicht

Überlegungen, wie die Chancengleichheit und Integration von Kindern verbessert werden könnte, gibt es viele. Erfreulich ist dass sich zunehmend Migrantenvereinigungen mit Vorschlägen und Forderungen zu Wort melden, wie die folgenden Beispiele zeigen. Dass in Deutschland geborene Kinder türkischer Herkunft bei Schulbeginn über geringe Deutschkenntnisse verfügen, liegt nach Einschätzung von Hakki Keskin, Vorsitzender der Türkischen Gemeinde in Deutschland (TGD), vor allem daran, dass diese Kinder gar nicht oder kaum Vorschuleinrichtungen besuchen und daher nicht von deren Förderangeboten profitieren können. Migrantenkinder weisen bei der Einschulung immer dann deutlich geringere Sprachdefizite auf, wenn sie vorher einen Kindergarten besucht haben. Für Keskin wäre ein mindestens einjähriger Pflichtbesuch von Kindergärten oder Vorschulklassen



überlegenswert. Vor allem nichtdeutsche Eltern sollten angehalten werden, ihre Kinder spätestens vom vierten Lebensjahr an Kindertagesstätten zu schicken. Die türkischen Berufs- und Fachverbände und die TGD wollen eine Bildungsoffensive starten: Mit Veranstaltungen, Beratungen und Öffentlichkeitsarbeit soll dafür geworben werden, dass türkische Eltern ihre Kinder in Vorschuleinrichtungen schicken. Dies setzt jedoch auch die Bereitstellung von Förderangeboten durch geschulte Pädagogen voraus.

Nach Ansicht türkischer Unternehmer sollte der Ausländeranteil in Grundschulen auf maximal 25% begrenzt werden. Dadurch könnte die Situation von ausländischen Kindern verbessert werden, so der Vorsitzende des Verbandes Türkischer Unternehmer und Industrieller in Europa (ATIAD), Esref Ünsal. Dies könnte dazu beitragen, das Leistungsniveau der Klassen einheitlicher zu machen.

Kommunen fordern Kostenübernahme

Berlin. Gegenüber Bundesinnenminister Otto Schily haben Vertreter der kommunalen Spitzenverbände im März 2002 erklärt, dass sie das Zuwanderungsgesetz für unverzichtbar halten. Die Städte und Gemeinden erwarten insbesondere eine Erhöhung der Integrationsleistungen für Neuzuwanderer und bereits ansässige Migranten. Insoweit zeige der Gesetzentwurf gute Ansätze. Es werde jedoch nötig sein, zeitnah die Integrationsanstrengungen von Bund, Ländern und Gemeinden zu erhöhen. Derzeit trügen die Gemeinden die Hauptlast der Integration. Schily wies darauf hin, dass mit dem Gesetz erstmals eine rechtliche Verpflichtung des Bundes zur Übernahme von Integrationskosten geschaffen werde. Der Bund werde sowohl bei den Neuzuwanderern als auch bei den bereits hier lebenden Ausländern zwei Drittel der Integrationskosten - künftig rund 675 Millionen Euro pro Jahr - übernehmen. (esf)

Zwei Fragen an Marieluise Beck

AiD: Welche Chancen bietet das neue Zuwanderungsgesetz, so es in Kraft tritt?

Beck: Jenseits der Detailfragen bietet das neue Zuwanderungsgesetz endlich die gesetzliche Grundlage für eine Gestaltung der Zuwanderung nach Deutschland und eine klare Orientierung auf eine konsequente Integrationspolitik. Ich halte dieses Bekenntnis zur Einwanderungsgesellschaft Deutschland, nachdem wir so lange Zeit mit der Lebenslüge des Nicht-Einwanderungslandes gelebt haben, weit über die einzelgesetzlichen Regelungen hinaus für bedeutsam. Letztlich geht es darum, ob sich diese Gesellschaft der Zukunftsfrage Zuwanderung und Integration stellt. Ein Rückfall in die Begrenzungsrhetorik kann es nicht mehr geben.

AiD: Wie beurteilen sie die Abschaffung der Positionen der Landesausländerbeauftragten in Hamburg und Sachsen-Anhalt nach den Landtagswahlen?

Beck: Angesichts der Aufgaben, die im Integrationsbereich vor uns liegen, ist die Abschaffung der unabhängigen Auländerbeauftragten in Hamburg und Sachsen-Anhalt eine integrationspolitisch katastrophale Entscheidung. Die Notwendigkeit einer moderierenden Institution, die Koordinierungsprozesse auf Landesebene initiiert und Verwaltungshandeln auch kritisch begleitet, sollte gerade der FDP, die lange Zeit die Bundesausländerbeauftragte stellte, bekannt sein. Die Abschaffung dieser weitgehend weisungsungebundenen arbeitenden Stelle ist ein Bärendienst für die Integrationsarbeit in Hamburg und Sachsen-Anhalt. Es entsteht der Eindruck, dass sich die beiden Koalitionsregierungen damit einer unabhängigen Stimme und effizienten Interessenvertretung entledigen und Integrationsarbeit auf bloße Sonntagsreden beschränken wollen. Ein ehrenamtlicher Beirat oder die Eingliederung der jeweiligen Arbeitsstäbe in die Innen- oder Sozialressorts können die erfolgreiche Arbeit dieser unabhängigen Institutionen nicht ersetzen, sondern dienen nur als Feigenblatt.

Die Fragen an die Ausländerbeauftragte der Bundesregierung stellte Katrin Barth.