

4/2010 – 40. Jahrgang

# sozialpsychiatrische informationen

Zeitschrift für kritische Psychiatrie seit 1970



## der stachel des fremden

### Interkulturelle Psychiatrie

Jeder ist weltweit ein Fremder  
Fremdsein im Lebensalltag

„Gastfreundschaft ist bei uns nicht Sitte“  
Interkulturelle Kompetenz

# Der Stachel des Fremden – Interkulturelle Psychiatrie

Für die Redaktion

Ralf Seidel



»Einmal sagte das Fernsehen: »Wir müssen unsere ausländischen Mitbürger vor Ausländerfeindlichkeit schützen ... Am nächsten Tag ging ich auf die Straße. Die Straßenbahn fuhr vorbei. Ich dachte: »Jetzt denken Sie, dass Sie mich schützen müssten, jetzt haben sie Angst.« Dann hatte ich Angst, dass sie Angst haben.«

*Emine Sevgi Özdamar – Franz*

Der Fremde, ein Besucher der nicht selten bleibt, ist – seit einigen Wochen noch mehr als bisher – ein Dauergast unserer Feuilletons und Talkshows. Mal zeigt er sich hier als eine Last, von der man sich trennen oder die man notfalls tragen soll, mal sieht man in ihm die Möglichkeit der Erweiterung des eigenen, stets begrenzten Horizonts, ist er Bereicherung.

Doch: öffnen wir uns dem Fremden gegenüber oder schotten wir uns gegen die, die zu uns kommen, ab? Sehen wir den Fremden als je einzelne Person, sowie man einen Gast begrüßt oder als Teil eines umschriebenen Kollektivs, dem vorab schon bestimmte Eigenschaftens eingeschrieben oder zugewiesen sind?

Und wie ist das *in der Psychiatrie*, begegnen wir hier nicht Fremden, die sich schon bei sich selbst nicht heimisch fühlen? »Aliénation mentale«, *seelische Entfremdung* nannten die Mediziner, die die Psychiatrie vor 200 Jahren aus der Taufe hoben, die Krankheitsbilder, die sie fortan zu behandeln hatten. »Die Psychiatrie« nimmt die Menschen, die so anders sind, zwar bei sich auf, gewährt ihnen Schutz, hilft und heilt, so gut es geht. Aber sie bleibt dabei auch stets gefährdet, sich öffentlichem Missbrauch dienstbar zu machen, indem sie mancherorts Querdenker, Eigenwillige, Dissidenten – den »Anderen«, den sie nicht versteht – gegen dessen Willen in ihre Obhut nehmen zu sollen glaubt.

Die ersten beiden einführenden Aufsätze versuchen auf sehr unterschiedliche Weise Licht in die hier aufgeworfenen Fragen zu bringen. Die Psychiaterin Solmaz Golsabahi-Broclawski, Vorsitzende der DTPPP<sup>1</sup> beschreibt anhand von Beispielen aus der Lebenspraxis und des therapeutischen Umgangs die Vielfalt, in der uns Fremdsein begegnet. Claudia Bickmann dagegen, die Präsidentin der Gesellschaft für Interkulturelle Philosophie<sup>2</sup>, bestimmt von der Philosophie her die Möglichkeiten und Grenzen einer Annäherung an das Fremde. Und sie tut dies über die versachlichende Sichtweise hinaus, wie sie vor allem dem naturwissenschaftlich geübten Mediziner vertraut ist. Doch der Blick vom Ort des Anderen her fordert, was ureigenste Aufgabe der Psychiatrie ist: Wahrnehmen, Zuhören, und – für den psychiatrisch Tätigen zunächst: Urteilsenthaltung. So erst setzen wir uns in die Lage, Räume zu öffnen, anstatt sie durch vorschnelle Zuschreibungen zu versperren. Christine Roses Aufsatz nimmt diese mit Bedacht allgemein gehal-

tenen Überlegungen auf und untersucht, welche Verstehensweise der kulturellen Vielfalt in der medizinischen Versorgung gerecht werden könnte. Ralf Seidels Artikel »Interkulturelle Kompetenz« ist die leicht gekürzte und abgeänderte Version eines Beitrags zum Handbuch »Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie«, das in diesem Heft besprochen wird. Wielant Machleidt stellt die Vorstellungen, unter denen Migrationsprozesse zu fassen sind, systematisch dar und beschreibt sie als Entfremdung, ja als »3. Individuation«. Aus eigener Betroffenheit, wie aus der Perspektive der Pflege bringt uns Isabell Cabanski die Probleme der in der psychiatrischen Literatur oft vernachlässigten Gruppe der Spätaussiedler sehr praktisch nahe. Einer der Erfahrensten im Bereich der psychiatrischen Versorgung von Migranten, der Psychologe Ali Kemal Gün, schildert die vielfältigen Hindernisse und Möglichkeiten, die einem »Integrationsbeauftragten« in einer Klinik begegnen. Marcel Sieberer, Marc Ziegenbein Stefan Bartusch und Iris Calliess machen sich schließlich eine Schwierigkeit zum Gegenstand, mit der wir alle, die wir in unserer Arbeit mit Migranten zu tun haben, gezwungen sind, uns auseinanderzusetzen: der psychiatrischen Begutachtung von Flüchtlingen und Asylsuchenden.

Es folgen Tagungsberichte und Rezensionen, darunter eine zu den gesammelten Aufsätzen des israelischen Psychiaters Haim Daserberg. Wir gratulieren ihm von dieser Stelle zu seinem 80. Geburtstag.

Ende November geht *Helmut Haselbeck* als Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik Bremen-Ost in den Ruhestand. Seit 30 Jahren gehört er unserer Redaktion an. Er hat unsere Zeitschrift durch sorgfältig durchdachte Beiträge, konstruktive Kritik und Liebe zum schönen Detail entscheidend mitgeprägt. Außerdem ist er ein Mensch und Arzt, zu dem man gehen möchte, wenn einem etwas fehlt. Schön, dass er weiter bei uns bleibt. In den neuen Lebensabschnitt begleiten ihn *alle guten Wünsche* der Info-Redaktion.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V.

<sup>2</sup> [www.int-gip.de](http://www.int-gip.de)

# Inhalt

Themenschwerpunkt:

**Der Stachel des Fremden – Interkulturelle Psychiatrie**

<b>Anmerkungen zur Titelabbildung</b> . . . . .	<b>2</b>	<b>Buchbesprechungen</b>	
Otto Freundlich: Composition, 1936; Wvz.181, Huile sur bois, 20,6 x 21,4 cm, Private collection, Photographie: archives Donation Freundlich, Pontoise		Hegemann T, Salman R (Hg.) (2010) Handbuch Transkulturelle Psychiatrie Ralf Seidel . . . . .	<b>40</b>
<b>Jeder ist weltweit ein Fremder</b>		Machleidt W, Heinz A (Hg.) (2010) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie Gunther Kruse . . . . .	<b>41</b>
<b>Der Stachel des Fremden</b>		Brückner B (2010) Geschichte der Psychiatrie Ralf Seidel . . . . .	<b>42</b>
Eine philosophische Annäherung Claudia Bickmann . . . . .	<b>6</b>	Müller C (2010) Psychiatrische Miniaturen – Spitalsgeschichten Gunther Kruse . . . . .	<b>43</b>
<b>Zur aktuellen Diskussion um kulturelle Vielfalt in der medizinischen Versorgung</b>		Rüschhoff I, Laabdallaoui M (2009) Umgang mit muslimischen Patienten Barbara Mahmoud . . . . .	<b>44</b>
Verstehensorientierte Anmerkungen aus der Perspektive der interkulturellen Philosophie Christina Rose . . . . .	<b>8</b>	Shefler G, Brom D, Greenberg D, Witztum E (Hg.) (2007) Trauma, Loss and Renewal in Israel. Selected Papers of Haim Dasberg Ralf Seidel . . . . .	<b>44</b>
<b>Interkulturelle Kompetenz</b>		Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N, Sass H (2009) Handbuch der Forensischen Psychiatrie Gunther Kruse . . . . .	<b>46</b>
Ralf Seidel . . . . .	<b>12</b>	Utschakowski J, Sielaff G, Bock T (2009) Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern Arnhild Köpcke . . . . .	<b>46</b>
<b>Theoretische Modelle der Migration</b>		Borchers E (2009) Wohin steuert das sozialpsychiatrische Projekt? Menschenbilder und Werte im Wandel Asmus Finzen . . . . .	<b>47</b>
Wielant Machleidt . . . . .	<b>17</b>	<b>Termine</b> . . . . .	<b>48</b>
<b>Migration und psychische Gesundheit bei Spätaussiedlern in Deutschland</b>		<b>Hinweise für Autorinnen und Autoren ▪ Impressum</b> . . . . .	<b>49</b>
Isabell Cabanski . . . . .	<b>21</b>		
<b>Kultursensibler Ansatz und Integrationsbeauftragter in einem Psychiatrischen Krankenhaus</b>			
Ali Kemal Gün . . . . .	<b>25</b>		
<b>Spannungsfeld psychiatrische Begutachtung von Migranten, Flüchtlingen und Asylsuchenden</b>			
Marcel Sieberer, Iris Tatjana Calliess, Wielant Machleidt, Stefan Maria Bartusch und Marc Ziegenbein . . . . .	<b>31</b>		
Tagungsbericht »Mann über Bord« Ilse Eichenbrenner . . . . .	<b>36</b>		

## Anmerkungen zur Titelabbildung

### Vernichtet, aber nicht vergessen

Otto Freundlich, der Name des Künstlers, dessen »Composition, 1936« das Titelbild unseres Hefes zeigt, dürfte nur wenigen geläufig sein. Bekannter ist sein in Stein gehauener, überlebensgroßer Kopf »Der neue Mensch«, der Titelseite des Ausstellungsführers durch die Ausstellung »entartete Kunst«, die 1937 in München eröffnet wurde und bis 1941 auf ihrer als Wanderausstellung durch Deutschland und Österreich mehr als 3 Millionen Besucher anzog. Der grobe, kantige, durch die Technik Freundlichs, die Oberfläche mit kleinen Tonkugeln zu gestalten, wie pockennarbig aussehende Schädel, entsprach so gar nicht den ästhetischen Vorstellungen der nationalsozialistischen Machthaber von einer naturalistischen Überhöhung des Abbildes vom Menschen. Dass ein moderner Künstler auch noch Jude und Kommunist war, passte perfekt in das Feindbild der Nationalsozialisten. Der Schritt von der Beschlagnehmung und Vernichtung der als »entartet« diffamierten Kunstwerke zur Ausgrenzung der Produzenten als »entartete Künstler«, der Vernichtung ihrer künstlerischen Existenz und nicht selten, wie auch im Fall von Otto Freundlich, ihrer physischen Vernichtung war kurz.

Otto Freundlich, 1878 im damaligen Stolpe in Pommern geboren, gehört zu den Pionieren der abstrakten Malerei in Deutschland. Neben zahlreichen Bildern und Mosaiken hinterließ er ein schmales, gleichwohl bedeutendes, plastisches Werk von beeindruckender Originalität. 1908 war er in die Fremde nach Paris gezogen, hatte auf dem Montmartre ein Atelier in Nachbarschaft von Picasso und Braque bezogen und Anschluss an die französische Avantgarde gefunden. 1913 war er von Guillaume Apollinaire in der Zeitschrift »Der Sturm« als einer der interessantesten deutschen Maler gewürdigt worden. Er nahm an zahlreichen nationalen und internationalen Ausstellungen teil. Seine Arbeiten hingen neben denen von Piet Mondrian und Wassily Kandinsky. Vor dem ersten Weltkrieg kehrte er nach Deutschland zurück und verbrachte die Kriegszeit im Sanitätsdienst. In dieser Zeit gab es lebhaft Kontakte zu der Gruppe der Dadaisten um Raoul Hausmann und Hanna Höch, später auch zu Otto Dix. 1920 versucht

Walter Gropius, Freundlich als Lehrer für das »Bauhaus« zu gewinnen, scheitert aber am Widerstand der Fakultät. Am Anfang der 20er-Jahre lebt Freundlich in Berlin, engagiert sich politisch, wurde Mitglied der anarchistischen »Kommune« in Berlin und beteiligt sich am »Internationalen Kongress fortschrittlicher Künstler«.

Die dynamischen, abstrakten Farbkompositionen Freundlichs stellen eine Suche nach dem Absoluten in Form und Farbe dar. Die Einzelform tritt hinter der Beziehung zu anderen Formen in den Hintergrund. Höhe und Tiefe, Licht und Schatten vermitteln

einen gegenseitigen Austausch und setzen einen Verwandlungsprozess der Formen in Gang. Die Farben scheinen zirkulierende Energieströme zu aktivieren, werden aber auch durch die Formen begrenzt. Aus Freundlichs Schriften lässt sich entnehmen, dass es ihm um eine Analogiebildung zwischen kollektiven Strukturen in den Bildprozessen und dem sozialen Kontext geht. In seinen »Bekenntnissen eines revolutionären Malers« (1935) heißt es: »Die innige Verbindung aller Flächen auf einem Bilde, von denen jede wie eine Zelle im Organismus die Kraft zu einer anderen Zelle überleitet, so dass es in dem ganzen Organismus einen ungehemmten



*Titelblatt des Ausstellungsführers »Entartete Kunst«, 1937; Abbildung: Otto Freundlich, »Der neue Mensch«, 1912; Gips, Höhe 139 cm; Verbleib unbekannt*

Kreislauf der Kräfte gibt: Dies konnte erst das Kollektiv aller Farben auf einem Bilde verwirklichen. Und dies war mir das Ziel, das ich zu erreichen strebte. Denn es war eine Übereinstimmung mit meinen sozialen Überzeugungen im Sozialismus. ...« Auf seinen Bildern vertragen sich die miteinander korrespondierenden Farbflächen außerordentlich gut, vielleicht besser als andere Erfahrungen mit kollektiven Strukturen.

Mit erstaunlicher Konsequenz entwickelte Freundlich sein Spätwerk unter schließlich schwierigsten, persönlichen und materiellen Bedingungen. Er ergänzte sein bildnerisches und plastisches Werk durch zahlreiche Schriften und fand trotz der Tiefschläge in Deutschland noch bis zum Kriegsbeginn bei internationalen Ausstellungen in Amsterdam, Basel und London Beachtung.

Mit Kriegsbeginn im September 1939 wurde Freundlich als Deutscher in Frankreich interniert und im folgenden Jahr erst auf Betreiben von Picasso freigelassen. Es gelang ihm in die östlichen Pyrenäen zu fliehen, wo er sich in St. Martin-de Fenouillet, einem kleinen Dorf, versteckte. Dort wurde er im Februar 1943 denunziert, interniert und am

04. März 1943 von Frankreich nach Polen ins KZ Sobibor (Lublin-Maydanek) deportiert, wo er vermutlich am Tag seiner Ankunft ermordet wurde.

Zahlreiche Werke Otto Freundlichs sind von den Nationalsozialisten in deutschen Museen beschlagnahmt und zerstört worden. Fast wäre auch ein Großteil seiner weiteren Arbeiten mit ihm verloren gegangen, hätte nicht seine Lebensgefährtin Jeanne Kosnick-Kloss die in seinem Atelier aufbewahrten Bilder für die Zukunft erhalten. Nach ihrem Tod 1968 übergab der Testamentsvollstrecker diese rund 40 Werke Freundlichs dem Museum von Pontoise. Freundlich fühlte sich Auvers-Sur-Oise, der Ort an dem Vincent van Gogh starb, einem Vorort von Pontoise, besonders verbunden. Gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin hatte er dort gearbeitet und seinen »Leuchtturm der sieben Künste« konzipiert. Dieses 20 bis 30 m hohe Gebäude sollte im Schnittpunkt zweier Völker verbindender Skulpturenstraßen, die quer durch Europa führend, sich in Auvers-Sur-Oise kreuzen sollten, errichtet werden. Diese Utopie eines Gesamtkunstwerkes sollte den Gedanken an eine Solidarität aller Künstler wach halten.

Im Jahre 2009 konnte erstmals der Nachlass, ergänzt durch zahlreiche Leihgaben französischer und deutscher Museen, im Museum von Pontoise gezeigt werden. Den nationalsozialistischen Machthabern war es zwar gelungen einen großen Teil der Werke von Otto Freundlich ebenso wie seine physische Existenz zu vernichten, aber die Erinnerung an seine Person, seine Ideen und zumindest ein Teil seiner Kunstwerke konnten so der Nachwelt erhalten werden. Das mag uns ein späterer Trost sein.

#### Literatur

- DUVIVIER CH. (2009) Otto Freundlich. Pontoise  
 FREUNDLICH O (1982) Schriften. Hg. von U. BOHNEN, Köln  
 HEUSINGER VON WALDEGG J (1984) Otto Freundlich. In: BARRON St (Hg.), Skulptur des Expressionismus. München  
 HEUSINGER VON WALDEGG J (1987) Aszension – Anweisung zur Utopie. Frankfurt  
 METTAY J (2005) Die verlorene Spur, auf der Suche nach Otto Freundlich. Göttingen

*Helmut Haselbeck,  
Bremen*

Autorin: Solmaz Golsabahi



## Jeder ist weltweit ein Fremder

**Zusammenfassung** Im Folgenden soll in die Situation des Fremdseins vom Lebensalltag her eingeführt werden. Beispiele aus der therapeutischen Begegnung mit Migranten – ein stets asymmetrisches Machtgefüge – zeigen dabei, wie sehr auch hier spezifische Kenntnisse gefordert und »neugieriges« Interesse dem Anderen gegenüber, erwünscht sind.

Karl Valentin meinte einst: »Ein Fremder ist nicht immer ein Fremder. Fremd ist der Fremde nur in der Fremde.«

Ein jeder von uns ist irgendwann in seinem Leben ein Fremder. Denken wir an den ersten Schultag, an dem wir uns fremd vorkamen und nicht wussten, was auf uns zukommt; an den ersten Tag in unserer neuen Stelle, an dem wir uns einsam und verloren vorkamen, an die erste Liebe und das Ken-

nenlernen der jeweiligen Familien, wo wir uns fremd vorkamen. All diese Situationen und viele mehr durchlebt jeder von uns in seinem Leben. Mal sind sie angenehm und gewünscht, mal sind sie unangenehm, unerwartet oder gar beängstigend bzw. traumatisierend. Wir meistern sie mit mehr oder weniger Erfolg und nehmen die Herausforderungen mal besser, mal schlechter an. Am angenehmsten ist es, wenn wir uns auf diese Situationen vorbereiten können. Wenn

wir uns verbal wie nonverbal verständigen können und das Gefühl haben, auf die eine oder andere Art dazuzugehören. Wenn wir gesund und wohlauf sind, uns stark und sicher fühlen, genießen wir die Herausforderungen und mit unserer Neugier tasten wir uns spielerisch an das Fremde heran. Man stelle sich seinen Urlaub vor: in der Fremde, da wo die Sprache und die Sitten anders sind, da wo ich mich als Tourist frei fühle, will ich meinen Urlaub, meine Freizeit verbringen!

Ein Phänomen unserer globalisierten und medialen Welt ist es, dass wir gerne in der Ferne reisen und Abenteuer planen, Sendungen wie »Auswanderer« und »Goodbye Deutschland« uns mit großer Freude anschauen, gerne exotisch Essen gehen und uns Bücher über fremde exotische Kulturen kaufen.

Wie aber begegnen wir jenen Menschen, welche zu uns auswandern? Wie begegnen wir der exotisch duftenden Küche des ausländischen Nachbarn aus dem Nahen Osten? Wie gehen wir mit den Ritualen und Sitten des ausländischen Nachbarn um, der anders betet, sich anders kleidet, anders spricht, anders isst und vor allem mir fremde Rituale hat?

Die entscheidende Frage ist: Wie sehen uns die Fremden an? Was denken die Anderen über uns »vermeintlich Einheimischen, vermeintlich Normalen«? Sind wir für sie »normal«? Oder sind wir für sie genauso fremd wie sie für uns?

Wenn wir uns der soziokulturellen Dimensionen dieser Fragen bewusst werden und die Tragweite unserer Antworten mit all unseren Meinungen, Urteilen und Vorurteilen vor Augen führen, verstehen wir die Zurückhaltung beider Seiten: sowohl jener der Migranten als auch der der Einheimischen!

Das Buch »Die scheußlichsten Länder der Welt« von Favell Lee Mortimer (1802–1878) beschreibt in einer »böartigen, systematisch ein Land nach dem anderen durchziehenden Abrechnung mit der ganzen Welt« eine gute Ansammlung von Vorurteilen. Es ist nicht die beschreibende Sprache oder einseitige Darstellung der Fakten, welche dem Buch zu Ruhm verhelfen, sondern die Verbalisierung unserer eigenen Ängste vor dem Fremden.

Das Phänomen der Migration (migratio: Wanderung) ist so alt wie die Menschheit selbst. Die Welt, in der wir leben, war schon immer eine Welt der Verschmelzung. Der politische, technische und vor allem mediale Umbruch hat uns Menschen jedoch einander näher gebracht und gleichzeitig vor Augen geführt, wie weit wir voneinander entfernt sind.

»Migration ist nicht nur Wechsel von einem Ort zum anderen, sondern gerade auch Wechsel zwischen Kulturen, von einer Gesellschaft zur anderen und von einem Gesundheitssystem in ein anderes.« [6]

Migration ist weder krankmachend noch krankheitsauslösend. Je nach Umständen und Verlauf der Migration entstehen besondere psychische Belastungen.

Das Phänomen der Migration ist so alt wie das Phänomen der Schwangerschaft. Schon von Beginn der Menschheitsgeschichte an, sei es aus biblischer Sicht betrachtet oder gar evolutionstheoretisch, sind wir Menschen gewandert und haben uns fortgepflanzt. Ohne Fortpflanzung und Migration wäre unsere Menschheitsgeschichte weder alt geworden noch in dieser heutigen Form geschrieben.

Wir Mediziner begegnen in unserem Alltag sowohl schwangeren Patienten als auch Patienten mit Migrationshintergrund. Sie suchen uns aus unterschiedlichen Gründen auf. Dem Phänomen der Migration hat die Medizin bis dato wenig Beachtung geschenkt. Wir erheben unsere Anamnesen, weil wir in der Zwischenzeit wissen, dass es hilfreich ist, die Biografie des Menschen zu kennen, dessen Krankheitsverlauf zu verstehen und gegebenenfalls die Therapie darauf aufzubauen. Im Zusammenhang mit der Migration brauchen wir als Mediziner spezifische Kenntnisse über die Migrationsgeschichte unserer Patienten.

Neben der freiwilligen Migration im Zusammenhang mit Globalisierung, Internationalisierung und Firmenfusionen gibt es die unfreiwillige Migration – Flüchtlinge, die in den Gastländern allzu oft auf Abwehr, strukturelle Benachteiligung und Ausgrenzung treffen.

Wie in jeder Beziehung tritt auch im Krankenhaus das Verhältnis von Macht und Ohnmacht ins Spiel. Grundsätzlich sind Ungleichgewichte im Machtverhältnis bei einem Patientengespräch im Krankenhaus gegeben – ob der Patient mit einem Studenten, einem Arzt, einer Schwester, einem Therapeuten oder dem Chefarzt spricht. Diese Machtasymmetrie verschärft sich, je fremder mir der Kulturkreis ist, in dem ich zum Patienten werde.

Kommunikation bedeutet Sprache. Aber wie verändern sich kommunikative Prozesse, wenn wir in einer Fremdsprache kommunizieren oder ein Dolmetscher als Sprachrohr zu vermitteln versucht?

»Wie fühlt sich die Sprache an, wenn ich mit ihr umgehe, oder besser noch: Was passiert mit mir, wenn ich rede?«

Von einer Sprache zur anderen verlagern sich die Wahrnehmungen und die Begriffe sowie auch der Ausdruck der Gefühle, denen keine Übersetzung wirklich entspricht. Die Sprachen dieser Welt sind eine Spiegelung der Vielfalt unserer Erde. Unsere Sprachen öffnen unterschiedliche Wege der Ausdrucksweise, die sich nur stellenweise kreuzen, aber alle führen durch denselben Wald der menschlichen Denkweise. Alles ist verschieden von einer Sprache zur anderen, obwohl von denselben Dingen gesprochen wird: »Im Schweigen der einen mag das Sprechen der Anderen sein.« Die blumig metaphorische Art der einen mag die stille, vermeintlich schlichte Ausdrucksweise der Anderen sein.

Es bestehen offensichtlich innerhalb der Kulturen unterschiedliche Konzepte hinsichtlich der persönlichen Identität, Differenz und Verbundenheit.

»Trotz oder Dank solcher Hindernisse kommt die jeweilige Sprache zu sich selber, ihr Inhalt verschärft, verdeutlicht sich angesichts desselben, nur anders ausgedrückten Inhalts in der anderen Sprache. Es ist wie im Wald: in der Mitte steht der schöne Biergarten, aber jeder Weg, der hinführt, zieht durch andere Waldpartien, durch andere Landschaften zum selben Wanderziel.« [4]

Therapeuten, die Patienten aus anderen Kulturen gegenüber sitzen, dürfen also nicht vorschnell von ihnen ungewohnten »Sprachwegen« auf die Ziele oder Erwartungen des Patienten schließen.

Ein Beispiel: Ein persischer Patient befindet sich in der Psychotherapie. Er leidet unter einer depressiven Störung.<sup>1</sup> Im Rahmen der Therapiesitzungen fällt dem Therapeuten auf, dass der Patient in seinen Formulierungen stets das Wort »wir« benutzt: »Wir haben gegessen, ...; wir sind der Meinung, dass ...; wir könnten ...; wir haben gesagt ...« Als der Therapeut sich seiner Irritation über das Pronomen »wir« bewusst wird, spricht er den Patienten darauf an. Der Therapeut sagt: »Mir fällt auf, dass Sie immer wieder von »wir« sprechen, aber selten von sich selbst.« *Der persische Patient hört verwundert zu und ist zunehmend irritiert über die Aussage des Therapeuten.* Der Therapeut fährt fort: »Wenn Sie mehr für sich auftreten und klar Position beziehen, wird Ihnen vieles leichter fallen. Es steht Ihnen zu, für sich zu sprechen und es wäre ein Zeichen ihres Selbstbewusstseins. Sich klar zu positionieren und Stellung zu beziehen ist Ausdruck

von Selbstständigkeit und Emanzipation.« Der persische Patient wird zunehmend unruhiger und fängt an, sich in seiner Haut unwohl zu fühlen. Er schwitzt zunehmend stärker, seine Beine und Hände beginnen zu zittern. Er fragt sich, wie ein Therapeut derart »verachtend«, respektlos und missachtend gegenüber seinen Mitmenschen sein kann! Im Weltbild seiner Muttersprache wird das Pronomen »wir« (im Persischen »ma«) häufig benutzt, wenn der Erzähler über sich selbst und seine durchgeführten Handlungen berichtet. Das Pronomen »Ich« (im Persischen »man«) wird als Zeichen des Respekts und der Höflichkeit zurückhaltender in der Nacherzählung benutzt. Durch das gemeinschaftliche »wir« [ma] wird eine *Brücke der Gemeinsamkeit* zwischen dem Erzähler und dem Zuhörer hergestellt. Dem Therapeuten fällt zwar die Unruhe des Patienten auf, allerdings hat er eine aus seiner Perspektive logische Erklärung: offensichtlich ist der Patient unter seiner familiären Gegenseite sehr unter Druck, und es ist ihm kaum möglich, sich zu lösen. Die Abhängigkeit von der Kernfamilie und die Loslassung wird er in Zukunft mit dem Patienten intensiver bearbeiten, denkt er bei sich, nicht ahnend, dass er gerade den Respekt und die Achtung seines Patienten verloren hat.

Auch zwischen Menschen des gleichen Kulturkreises bestehen Unterschiede. Diese können sowohl tief greifend als auch oberflächlich sein. Sie können ihren Ursprung in unterschiedlichen Bereichen des Alltags, wie etwa Gender, Religion, Bildung, Politik und Umwelt haben. Die Unterschiede sind vielfältig und umfassen alle Bereiche des Lebens.

Diese Unterschiede spielen eine umso größere Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung, wenn Patienten nicht »Einheimische« sind. Die am Dialog zwischen dem Patienten und dem Fachpersonal Beteiligten müssen den Bereich des fachlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit überschreiten.

In der Psychiatrie ist eine differenzierte Fragestellung und Betrachtung der Migration unverzichtbar. Die drei Fragen, welche sich ein Psychiater, Psychotherapeut in seiner Arbeit mit Patienten mit einem Migrationshintergrund stellt, sind:

- »Ist eine Migration gesundheits- oder krankheitsfördernd?«
- »Ist jedes Symptom eines Menschen, der immigriert ist, ein Hinweis auf seine Migration?«
- »Ist die Migration eine Noxe (ein Erreger)

im Sinne einer medizinischen Terminologie?«

Wir wissen inzwischen aus der neuropsychologischen Sprachforschung, dass unterschiedliche Gehirnareale aktiviert werden, wenn wir unsere Gefühle in unterschiedlichen Sprachen formulieren. Jeder, der eine Fremdsprache neben der Muttersprache sehr gut spricht, wird dies bestätigen – ob ich auf deutsch, englisch, französisch, arabisch, chinesisch etc. meine Kopfschmerzen erkläre, fühlt sich in jeder Sprache anders an.

Um diesem Phänomen Rechnung zu tragen, sind nicht nur Sensibilität für Sprache und neuropsychologische Kenntnisse erforderlich, sondern auch Kenntnisse der Religion und der kulturellen Gepflogenheiten.

»Ich komme von irgendwo, gehe nach nirgendwo, bin ein Fremder«, hat einst Klaus Hoffmann geschrieben. Wie ist diese Formulierung in unseren klinischen Alltag zu integrieren? *Diversity* als Ressource anzunehmen, zu akzeptieren und kennenzulernen, ist der erste wichtige Schritt, transkulturell im psychiatrischen wie psychotherapeutischen Alltag kompetent und angemessen mit den Patienten, die einen Migrationshintergrund haben, zu arbeiten.

An sich ist Migration so alt wie die Menschheit selbst und sie ist selbst weder gesundheitsschädigend noch krankheitsfördernd. Es ist ein Mittel des Fortschritts und der Vernetzung. Sie ist damit eine Bereicherung für unsere kulturelle Entwicklung. Gleichzeitig ist Migration auch ein Stressfaktor. Daher ist ein enormes Feingefühl im Umgang mit Migranten gefordert.

Ein Beispiel: Ein 35-jähriger junger Mann aus dem Irak wird notfallmäßig aufgenommen.<sup>2</sup> Nach dem Aufnahmegespräch wird er von der Schwester zum Mittagessen eingeladen. Sie bemüht sich sehr um ihn und hat für ihn bereits das Essen bestellt. Nach ein paar Minuten wird der Patient zunehmend aggressiv, verlässt den Speisesaal und will sich entlassen lassen.

*Analyse aus transkultureller Sicht:* Ein junger Mann, Asylant, aus dem Irak stammend verhält sich aggressiv, auffällig. Hier könnte die erste Arbeitshypothese lauten: Die langjährige, unzureichende Versorgung und Betreuung von Asylanten spiegelt sich in seiner Aggression wider. Die zweite Arbeitshypothese wäre: Im Speisesaal wurde nicht auf seine kulturelle Herkunft Rücksicht ge-

nommen. Die dritte Arbeitshypothese könnte eine Mischung aus den beiden ersten Hypothesen sein.

Bei genauerem Hinterfragen stellt sich heraus, dass der Patient irritiert und wütend wurde, weil die Schwester für ihn und ohne ihn zu fragen »schweinefleischfreie Kost« bestellt hatte. Er fühlte sich diskriminiert und genauso bevormundet wie in Irak, wo man sich von ihm als koptischem Iraker und damit Christ immer wieder abgegrenzt und ihn wegen seiner religiösen Zugehörigkeit ausgegrenzt und als »andersartig« behandelt habe.

Diese Liste der vermeintlich gut gemeinten und aus der Perspektive des Handelnden gar im Sinne des Patienten stattgefundenen Handlungen ist in der Regel viel länger und subtiler. Doch: Nicht jedes Symptom eines Patienten ist ein Hinweis auf die stattgefundene Migration.

Ein Beispiel: Die therapeutische Empfehlung der Broteinheiten bei Diabetikern ist für viele auf den zweiten Blick befremdlich. Bezieht sich die BE (Broteinheit) auf das in Deutschland übliche »Brötchen« oder auf das indische Brot »Naan«, welches in der Menge und Zusammensetzung der Zutaten sich erheblich vom »Brötchen« unterscheidet.

Für Patienten mit Esskulturen aus Ländern, welche der deutschen Esskultur nicht nahe bzw. verwandt sind, ist der Diätplan bzw. die Ernährungsempfehlung des Krankenhauses, Ernährungsassistenten sowie Broschüren befremdlich und irritierend, unabhängig von der Sprache der Broschüre. Die Empfehlungen und Vorschriften entsprechen nicht den Essgewohnheiten der anderen Kulturen. Derartige geradezu häufig vernachlässigte Tatsachen führen nicht selten zu falscher Handhabung von Diätplänen bis hin zu hypoglykämischen Reaktionen bei Diabetikern.

Immer mehr Menschen auf der ganzen Welt verlassen ihre Heimat, um ihren Lebensmittelpunkt an einen anderen Ort zu verlegen. Einige wollen nur für kurze Zeit an einem fremden Ort bleiben, andere für mehrere Jahre oder gar den Rest ihres Lebens.

Im Umgang mit der Frage der Kultur und ihren Einfluss auf das Krankheitsbild, auf die therapeutische Intervention und ihren Erfolg ist es unerlässlich, dass der Arzt und Therapeut sich der Vielschichtigkeit des

Begriffes Kultur – bezogen auf Geschlecht, Alter, Ausbildung, Religionszugehörigkeit versus Religionsverständnis, sprachliche Zugehörigkeit etc. – genauso bewusst ist, sowie der Richtlinien der Diagnosestellung und der Indikationen oder des Verlaufs der Therapie.

#### Anmerkungen

1 und 2 Aus didaktischen Gründen werden weitere anamnestiche und diagnostische Details nicht erwähnt, um die Aufmerksamkeit auf die Sprache und ihre Rolle in der Psychotherapie zu lenken.

#### Die Autorin

**Dr. med. univ. Solmaz Golsabahi**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

1. Vorsitzende des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum DTPPP e. V.

Postfach 2622, 59016 Hamm

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

[info@transkulturellepsychiatrie.de](mailto:info@transkulturellepsychiatrie.de)

Autorin: Claudia Bickmann



## Der Stachel des Fremden Eine philosophische Annäherung

**Zusammenfassung** Die philosophische Annäherung an das Phänomen des Fremden fragt nach den besonderen Vermögensleistungen, durch die wir uns Fremdem nähern können, ohne es seiner Andersheit zu berauben.

Der Themenschwerpunkt des vorliegenden Heftes »Der Stachel des Fremden – Interkulturelle Psychiatrie« ist in den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen auf eine je andere Weise aufgehoben: Während die psychologische Perspektive individuelle, intersubjektive oder sozialpsychologische Begegnungen mit dem Fremden thematisiert, erhellt die gesellschaftliche oder soziale Annäherung an das Phänomen des Fremden Gruppenzugehörigkeiten, ethnische oder schichtspezifische Dimensionen; eine religionsphilosophische Perspektive widmet sich den Inklusionen oder Exklusionen, die mit den Absolutheitsansprüchen der jeweiligen Religionen verbunden sind; eine philosophische Annäherung kann das im Gesagten Ungesagte zur Sprache bringen, die Tragweite der in Gebrauch genommenen Termini wie die Möglichkeiten und Grenzen unserer vielfältigen Annäherungen zu erkunden suchen. In allen Zugangsarten jedoch erhielt der Charakter des ›Fremden‹ eine je andere Gestalt, würde von einem anderen Orte aus zur Sprache gebracht. –

Innerhalb der abendländischen Philosophiegeschichte hat erstmals Platon in seinem »Sophistes« auf die Vielheit der Weisen aufmerksam gemacht, von »Selbstheit« oder von »Andersheit« zu sprechen. Näher bedacht, so seine Überlegung, ist die Zusprache von Eigenem mit die Idee der Fremdheit gleichursprünglich. Beide Begriffe sind reziprok aufeinander bezogen: Wird doch ineins mit der Selbstheit die Differenz zu anderem gesetzt; bereits die Idee der Identität ist eingrenzend und ausgrenzend zugleich: Denn ein jeder ist mit sich selbst derselbe und als ein solcher zugleich spezifisch von Anderen unterschieden.

Fremdheit kann darum als ein Ingredienz unseres Selbstbewusstseins verstanden werden, indem, wie Spinoza und Hegel es fassen, aller Bestimmtheit Negation bereits innewohnt; indem Identität darum ineins Differenz und Andersheit setzt, ist das andere oder Fremde ein Fremdes *in uns* selbst; und es ist ein Fremdes *für uns*, insofern wir es unverstanden beiseite setzen. Um darum das je Fremde als eine Projektion unseres eigenen

Selbstverhältnisses zu begreifen, ist eine notwendige *Selbstbesinnung* der erste Schritt: Blicke doch ohne Einsicht in die Grenzen des Eigenen der Weg in das Fremde versperrt.

Dabei erkennt sich das Eigene als je schon über sich hinaus: Es erkennt sich als gleichursprünglich mit seinem In-der-Welt-Sein. Der sich auf diese Weise erschließende Horizont eines Bewandnis- wie Bedeutungszusammenhangs, in dem sich das Selbst je findet, ist *Selbsttranszendenz*, die mit unserer Existenz unweigerlich verbunden ist: Selbsterkenntnis ist darum ein Transzendieren in einen Horizont hinein, den wir existenziell wie sprachlich und kulturell mit Anderen teilen; in dem wir uns vorfinden, ob wir uns dieses Aktes der Selbsttranszendenz bewusst sind oder nicht. Der uns tragende sprachliche, kulturelle, religiöse etc. Horizont ist – erschlossen oder unerschlossen – unserem Selbst bereits eingelagert und vorgängig zugleich.

Ein Bewusstsein der Selbsttranszendenz im Weltbezug ist darum ein Akt des *Rückgangs*

in den eigenen Grund. Es ist dieser Rückgang in den eigenen Grund, der seit Platon als mühseliger Ausgang aus dem Höhlendasein eines Bewusstseins aufgefasst werden kann, das sich auf seine eigenen sprachlichen, epistemischen und ontologischen Prämissen besinnt. Den Höhlenausgang zu erreichen, gelingt jedoch nur durch einen gewaltsamen Bruch mit den eingespielten vertrauten Selbstverständnissen des alltäglichen Lebens. Im alltäglichen Leben sind wir zwar je schon über uns hinaus, doch ist uns diese Einbettung in ein Fremdes nicht bewusst: selbstverloren im Fremdbezug haben wir uns selbst nicht verstanden, sondern befinden uns, wie Martin Heidegger es bezeichnen würde, im »Man«<sup>1</sup>. Zu einem Selbst, das zwischen Ich und Du zu unterscheiden vermag, müssen wir erst werden. So sind wir, aber haben uns nicht, darum, so Hegel in seiner ›Phänomenologie des Geistes‹ existenzialontologisch abwandelnd, werden wir erst; dabei ist das *Werden zum Selbst* nur durch Akte der Anerkennung der Andersheit des Anderen möglich.

Näher betrachtet bin ich mir selbst zunächst das Fremde, das es zu entschlüsseln gilt. »Ein Wesen der Ferne« sei der Mensch, so Martin Heidegger, da er sich selbst – im alltäglichen »Man« – noch nicht gefunden habe.<sup>2</sup>

Zu sich selbst kommen wir darum erst, so Heidegger, durch ein vernehmendes Hinhorchen auf die »Antwort des Mit-Daseins«. Und es sei allein durch jenes »Mitdasein des Anderen«, dass der Mensch seine »*Ichheit darangeben kann*«, um sich »als eigentliches Selbst« zu gewinnen.<sup>3</sup> Erst im Ich-Verlust soll Selbst-Gewinn darum möglich sein? Buddhistische und taoistische Selbst- und Weltverhältnisse klingen hier an.

Wie in Kants Anthropologie greifen »Selbstdenken«, »Mit sich einig denken« sowie zugleich »Vom Orte des Anderen denken« auch im Sinne Heideggers ineinander und sind nur drei Seiten eines Prozesses, in dem Selbst- und Fremderkenntnis sich wechselseitig erhellen.<sup>4</sup> Gegenüber der verobjektivierenden Perspektive der Naturwissenschaften ist für den Zwischen-Raum menschlicher Begegnungen ein Denken ›vom Orte des Anderen aus‹ elementar. Eine mit diesem verbundene Wechselintegration der Perspektiven für ein friedliches Zusammenleben der Menschen unausweichlich.

Soll darum der »Stachel des Fremden« nicht strukturelle Missverständnisse nach sich ziehen und Ab- und Ausgrenzungen zur Fol-

ge haben, so wird sich unser Blick, indem er sich auf den Anderen zu richten sucht, zunächst auf uns selbst zurückzuwenden haben: sind wir uns doch selbst zunächst das Fernste, das es zu erkunden gilt.

Und so wie sich spät erst die Psychologie aus dem Verbund des philosophischen Wissens löste, nachdem die Wissenschaften längst der Betrachtung der äußeren und inneren Natur – in Physik, Chemie und Biologie – den Weg bereitet haben, so müssen wir auch im Umgang miteinander lernen, unseren verobjektivierenden Blick auf die phänomenale Welt erneut auf uns selbst zurückzuwenden, um in unserem Weltbezug unser wissendes und wollendes Selbstverhältnis zurückzugewinnen. Dann erst erkennen wir in den Weisen unseres wissenschaftlichen Wissens auch die verschiedenen Grundhaltungen der Annäherung an das Phänomen des Fremden:

Je nachdem, ob wir etwa in einer *phänomenologischen* Perspektive die sinnfälligen Erscheinungen des Eigenen wie des Fremden zu entziffern suchen; ob wir auf *hermeneutischen* Fährten einen sinnverstehenden Zugang wählen, in einer *dekonstruktiven* Perspektive den Blick auf das Ausgegrenzte, Nichtthematische richten; ob wir in *analytischer* Weise nach der Kohärenz der je zugrunde liegenden Theoreme suchen oder *spekuativ-synthetisch* die Phänomene nur im Ganzen ihrer kulturellen oder historischen Prägung begreiflich finden; ob wir transzendentalanalytisch die Formbedingungen unserer Vermögensleistungen zur Sprache bringen oder in *verobjektivierender* Perspektive unsere neuronalen Aktivitäten messen, die unsere mentalen Einstellungen gegenüber dem Fremden begleiten: Je nach Methode unserer Annäherung gewinnt die Andersheit der Anderen oder das Fremde eine andere Gestalt:

Mal suchen wir nach Horizontverschmelzung (Gadamer) von Eigenem und Fremdem, mal distanzieren wir uns mit der analysierenden Kraft argumentativer Annäherung; mal sichten wir in unserer Heuristik das Ausgegrenzte, das Ausgeschlossene und zugleich zu Gewahrende; mal thematisieren wir die Bedingungen, unter denen sich uns Fremdbewusstsein zeigt, mal beobachten wir die begleitenden Hirnaktivitäten – all diese Zugangsarten antworten in verschiedener Weise auf unsere Fragen an das Phänomen des Fremden.

In allen jedoch gerinnt uns das zu erschließende Phänomen zu einer Funktion unse-

rer Annäherung. Der Stachel des Fremden bleibt. Darum ist eine Selbsterhellung der gewählten Zugangsart ein notwendig erster Schritt.

Dass die je leitenden sprachlichen, kulturellen, religiösen etc. Vorverständnisse dann jedoch nicht in einer bloß verobjektivierenden Perspektive zu Bewusstsein gebracht werden können, sondern sich allein einem wechselseitigen Perspektivwechsel erschließen – den ein jeder eigens vollziehen muss –, ist mit unserer menschlichen Verstehensstruktur direkt verbunden. Suchen wir »vom Orte des Anderen aus« die Welt zu sichten, bedeutet dies, dass den genannten Annäherungen an das Fremde eine vernehmende, hinhorchende, die Besonderheit des Anderen wahrende Erschließungsart eingelagert sein muss. Eine solche Annäherung wäre an unser jeweiliges Erleben ebenso gebunden wie an eine gemeinsame Öffnung in dialogischen Wechselreden. *Urteilsenthaltung* ist darin ebenso zentral wie die tastende Suche nach einem Verständnis der Besonderheit des Anderen. Dabei erschließt sich die Besonderheit der oder des Anderen dann weder der distanzierenden Beobachtung, noch der verobjektivierenden Beschreibung oder unserem subsumierenden Urteil, sondern allein der *reflektierende Urteilskraft*<sup>5</sup>. Durch diese erst kann sich uns ein *einzelnes Wesen als Einzelnes* zeigen, indem es uns – situationsangemessen und kontextbezüglich – in ganz spezifischer Weise im Kontext seiner je besonders sprachlichen, kulturellen, religiösen oder politischen Prägungen vernehmbar wird. In einer *reflektierenden Haltung* wird die je besondere Erscheinung dann nicht unter ein vorausgesetztes Allgemeines subsumiert, sondern von ihrer singulären Gestalt ausgehend vorsichtig tastend der Blick für die Unverrechenbarkeit seiner Individualität geöffnet.

Leicht werden wir auf diese Weise des Faktums gewahr, dass ein solcher Akt der reflektierenden Urteilskraft nur hochgradig individualisiert sein kann: Nur vom Orte des je Einzelnen, von seinem Horizonte und Kenntnisstand, von seiner Sprachfähigkeit und seinem Einsichtsvermögen aus kann er vollzogen werden; eine Entlastung durch Subsumtion unter vorfindliche Prädikate oder Bestimmungen würde allein die Vorurteilsstruktur bekräftigen, die seine Fremdheit ermöglicht hat. Darum kann die reflektierende Urteilskraft nur in größter Nähe zum gegebenen Phänomen, zum je einzelnen Wesen oder einer einzelnen Gruppe erprobt werden. Und nur die damit verbundene In-

dividualisierung der Annäherung an das Fremde lässt uns im gemeinsamen Erleben, Verstehen, Erfahren, Begegnen, Erkunden und Gestalten den Bewandnis- und Bedeutungszusammenhang entdecken, in den das menschlichen Leben je schon hineingestellt ist.

Dies wäre ein Zugang zum Phänomen des Fremden, der Räume öffnet, anstatt sie durch Zuschreibungen zu beengen und der eine Horizonterweiterung erlaubt, ohne das Andere in seiner Andersheit zu gefährden.

#### Anmerkungen

1 MARTIN HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, Tübingen 1979, S. 126.

2 MARTIN HEIDEGGER, »Vom Wesen des Grundes«, in: *Wegmarken*, Frankfurt/M., 1978, S. 175.

3 Ebd.

4 IMMANUEL KANT, *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*, Erster Teil. Erstes Buch, BA 167.

5 Vgl. zur Funktion der Urteilskraft: Immanuel KANT, *Kritik der Urteilskraft*, Akademie-Ausgabe, Abteilung I, Bd. 5; ferner: Rainer ENSKAT, *Bedingungen der Aufklärung*, Philosophische Untersuchungen zu einer Aufgabe der Urteilskraft, Weilerswist (Velbrück-Wissenschaft) 2009; ferner:

BICKMANN, Claudia, »Die eingebettete Vernunft in Kants ›Kritik der Urteilskraft‹. Wechselintegration vereint-entgegengesetzter Sphären«. In: *Die Vollendung der Transzendentalphilosophie in Kants ›Kritik der Urteilskraft‹*, hg. v. Reinhard HILTSCHER, Stefan KLINGER und David SÜ-, Berlin 2006, S. 19–40

#### Die Autorin

**Prof. Dr. Claudia Bickmann**

Universität zu Köln  
Philosophische Fakultät  
Albertus-Magnus-Platz 1  
50923 Köln

Autorin: Christina Rose



## Zur aktuellen Diskussion um kulturelle Vielfalt in der medizinischen Versorgung Verstehensorientierte Anmerkungen aus der Perspektive der interkulturellen Philosophie

**Zusammenfassung** Über kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung muss geredet werden. Dies kann auch sinnvoll und ergebnisorientiert gelingen – wenn es in einer differenzierten Weise geschieht. Pauschalisierungen dagegen sind nicht hilfreich, sondern der Sache und dem öffentlichen Empfinden schädlich. Eine solche Vorurteilsbildung führt dazu, dass einer Person mit fremdem kulturellen Hintergrund von vornherein, vor allen Verstehensversuchen, bereits ein festes Bild »übergestülpt« wird und eine Berücksichtigung des Individuellen gar nicht mehr angemessen erfolgen kann. Passiert dies im Gespräch zwischen Ärzten und Patienten, so droht in verstärktem Maße die Gefahr des Konflikts und der Behandlungserfolg ist gefährdet. Deshalb ist es Erfolg versprechend, die interkulturelle Gesprächskompetenz von Ärzten und medizinischem Personal zu stärken. Die Frage, die sich hieraus ergibt, ist, wie dies geschehen kann.

»Migration und Gesundheit – Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung« – mit diesem Titel nahm der Deutsche Ethikrat im Mai ein Thema auf, das zunehmend in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit rückt. Fast alle Referenten des Tages schickten ihren Ausführungen voraus, dass mit dem Begriff »Migration« nicht vorsichtig genug umgegangen werden könne, wenn man der Komplexität des Problems gerecht werden wolle. Diese Mahnung verhält jedoch allzu oft ungehört, was sich teilweise auch in der Berichterstattung über diese Tagung niederschlug.

Oliver Razum, Leiter der Abteilung Epidemiologie und International Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, referierte über statistische Erhebungen zur Gesundheit von Migranten, beispielsweise zu Häufigkeit und Wirkweise von Reha-Maßnahmen bei Migranten in Deutschland. Wörtlich führte er als einen der möglichen Gründe für einen im Mittelwert schlechteren Erfolg dieser Behandlungen an:

»Bestimmte Maßnahmen, die für deutsche Frauen kein großes Problem darstellen, bei-

spielsweise gemeinsames Schwimmen, wird nicht in allen Kulturen akzeptiert; von daher sind Angebote, die im Rahmen der Rehabilitation gemacht werden, nicht für alle gleichermaßen geeignet.«<sup>1</sup>

Wenig später war in der überregionalen Presse zu lesen: »Wenn Migranten eine Reha machen, sind die Ergebnisse schlechter als bei Deutschen. Das liegt bei Frauen aus der Türkei auch daran, dass sie am förderlichen Schwimmen nur teilnehmen, wenn kein Mann zugegen ist. Das aber ist in Reha-Kliniken nicht leicht zu arrangieren.«<sup>2</sup>

Mit dem ersten Satz dieses kurzen Abschnitts liegt eine »wenn x, dann y«-Relation vor. Da keine weiteren Einschränkungen vorgenommen werden, ist davon auszugehen, dass hier ein *notwendiges*, kein optionales Verhältnis von x und y beschrieben wird: »Immer dann, wenn x, folgt daraus y«. Weiter wird über das Subjekt des Satzes, »Migranten«, eine *All-Aussage* (»die Menge aller Migranten«) getroffen, was die gerade beschriebene Lesart des Satzes noch unterstreicht. Aber wodurch zeichnet sich die Gesamtmenge »der Migranten« aus? Anscheinend in Opposition dazu verwendet werden »die Deutschen« – aber woran knüpft sich dieses Deutschsein? An einen deutschen Pass? An ein Aufwachsen und eine Sozialisation in Deutschland? Unter Deutschen? Hängt das Ergebnis des Reha-Erfolgs also von ethnischen, von sozialen oder von genetischen Faktoren ab, die »Deutschsein« und damit verbunden gesundheitliche Rehabilitation befördern? Viele weitere solcher Fragen ließen sich stellen, es sei jedoch dabei belassen, die Fragerichtung vorgeführt zu haben.

Das Beispiel veranschaulicht, wie schwierig es ist, über kulturelle Vielfalt als Herausforderung zu diskutieren, ohne verallgemeinernd missverstanden zu werden. Auch im Kontext der medizinischen Versorgung sind Pauschalisierungen unangemessen und gefährlich, da jede Behandlungsentscheidung ein konkretes Individuum mit seinem individuellen sozioökonomischen, biografischen und ggf. auch migrationsbedingten Hintergrund betrifft – und nicht etwa eine ganze Kultur oder das, was man sich darunter vorschnell vorstellt. Nur wenn Arzt bzw. Ärztin die individuellen Faktoren (wie z. B. die zugrunde liegenden Krankheitsdeutungen und die damit verbundenen Überzeugungen) *verstehen*, können sie die persönlichen Umstände bei der Auswahl einer Maßnahme angemessen *berücksichtigen*. Und nur, wenn die Behandelten ihrerseits diese ärztliche Entscheidung ausreichend verstehen, können sie eine wirklich *informierte* Einwilligung erteilen. Eine Verbesserung des wechselseitigen Verstehens fördert dementsprechend die Aussicht darauf, den ärztlichen Grundsätzen von Respekt, Patientenautonomie und Fürsorgepflicht gerechter zu werden.

Nun muss das Verhältnis von Ärzten und Patienten nicht von vornherein als problematisch empfunden werden, bloß weil sich beide als zugehörig zu einem jeweils anderen Kulturkreis verstehen: Wenn beide Seiten im Einverständnis darüber seien, dass

eine medizinische Intervention angemessene Ziele verfolgt, dann könne vielmehr ein konfliktfreies Verhältnis angenommen werden, wie der Medizinethiker Ilhan Ilkiliç<sup>3</sup> beim Ethikrat anmerkte. Dennoch steige potenziell der Grad des Unterschiedes in der Wahrnehmung und Bewertung des Krankheitszustandes an, je mehr das jeweilige Verständnis von Krankheit bzw. Behandlungsmöglichkeit sich von demjenigen des Gegenübers unterscheide. Solche Unterschiede bestehen intra- wie auch interkulturell: Eine deutsche Patientin etwa mit homöopathischer Orientierung kann gegenüber einer strikt umgesetzten abendländischen Schulmedizin eine ähnlich kritische Haltung einnehmen wie beispielsweise ein chinesischer Patient, der der Traditionellen Chinesischen Medizin nahesteht. Genauso kann es Sprachprobleme z. B. aufgrund des unterschiedlichen Bildungsniveaus geben, die nicht auf einen Migrationshintergrund zurückzuführen sein müssen. Ilkiliç stellte deshalb heraus, dass Phänomene des Missverstehens dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient intrinsisch seien und sich durch kulturelle Unterschiede nur in ihrer *Intensität*, nicht aber in ihrem *Wesen* verändern.

Diese Vorannahme teilt er mit dem Schweizer Philosophen Elmar Holenstein, der davon ausgeht, dass interkulturelle Missverständnisse von der gleichen psychologisch und soziologisch erklärbaren Art seien wie Missverständnisse von Angehörigen derselben Kultur, jedoch unterschiedlicher regionaler Herkunft, sozialer Schichten, Berufszugehörigkeit etc.<sup>4</sup> Was ergo zu interkulturellen Missverständnissen führe, sei weniger die Tatsache, dass Differenzen existierten, sondern vielmehr der Umstand, dass diese zu dogmatischen Vorstellungen über das Fremde führten, also zur Zuspitzung einer Kultur als eine Menge von Personen mit homogenen Überzeugungen und Verhaltensvorstellungen, die den jeweils eigenen diametral entgegengesetzt seien. Bezogen auf Normen- und Wertekonflikte, die anhand dieses Bildes beurteilt werden, bedeutet dies, dass ethische Verschiedenheit gleichgesetzt wird mit ethnischer Verschiedenheit. Eine solche Vorurteilsbildung führt dazu, dass auf eine Person mit fremdem kulturellen Hintergrund von vornherein ein dogmatisches Bild projiziert werde, so Holenstein weiter, weshalb eine Berücksichtigung des individuellen Wertekonzepts gar nicht mehr angemessen erfolgen *könne*. Passiert dies im Gespräch zwischen Arzt und Patient, so droht in verstärktem Maße die Gefahr des Konflikts zwischen beiden, und der Behand-

lungserfolg ist gefährdet. Neben Fragen der Finanzierbarkeit und des Gesundheitsmanagements, die eine generelle Perspektive erfordern, ist es deshalb im Kontext der aktuellen medizinethischen Debatte um kulturelle Vielfalt Erfolg versprechend, für ein besseres wechselseitiges Verstehen auf der persönlichen Ebene die interkulturelle Gesprächskompetenz von Ärzten und medizinischem Personal zu stärken.

Um die Entwicklung einer solchen interkulturellen Gesprächskompetenz bemüht sich im philosophischen Kontext der Ansatz der interkulturellen Philosophie, den auch Holenstein vertritt. In diesem Sinne schlägt er eine Reihe von Vorgehensweisen zur Vermeidung interkultureller Missverständnisse vor, deren ethische Grundgedanken sich auch anwenden lassen im medizinethischen Diskurs über kulturelle Vielfalt.

Die Wiedergabe des Beispiels der Reha-Maßnahmen im Wasser durch den Welt-Online-Artikel suggeriert wie gesehen, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe (»Kultur«, z. B. »deutsche« oder »türkische«) ein bestimmtes Weltbild (z. B. christliches oder muslimisches) mit sich bringt, welches ausschlaggebend für eine Handlungsentscheidung ist (Teilnahme oder Nichtteilnahme an einer Wasser-Reha). Die verschiedenen Kulturen, Weltbilder und Handlungsentscheidungen werden einander undifferenziert und pauschalisierend opponiert, sodass grundsätzliche Unterschiede zwischen »den Kulturen« als Problemursache stilisiert werden. Holenstein bringt gegen eine derartige Sichtweise an, dass sich Menschen tendenziell unter gleichen Bedingungen gleich verhielten, da zumindest in den größten Kulturen bzw. Religionen Ansätze einer universellen Ethik auszumachen seien. Als Beispiele lassen sich leicht z. B. das Tötungsverbot oder die »goldene Regel« heranziehen. Dies führt ihn zu zwei Annahmen. Die erste besagt: Wenn einem ein Verhalten bei einer fremden Kultur inakzeptabel vorkomme, sei es nicht unwahrscheinlich, »dass man vergleichbare, wenn nicht noch ärgere Vorkommnisse auch in der eigenen Kultur findet« (1998: 295). Die zweite Annahme lautet, dass man entsprechend auch in der fremden Kultur auf Personen treffen müsse, die das skandalöse Vorkommnis ablehnten (1998: 297). Ein Werturteil dürfe deshalb nicht anhand einer Trennlinie zwischen der eigenen und einer anderen Kultur gefällt werden, sondern etwa im Sinne von »auch wir ...«. Im Wechselzug dürfe sich die eigene Argumentation darauf

berufen, dass sich ein Verhalten nicht nur in der eigenen, sondern auch (eventuell unterschwellig und nicht dominant) in der Kultur des Gegenübers nachweisen ließe, also im Sinne von »auch ihr ...«. Insgesamt seien Kulturen als inhomogen anzusehen, da sie zwar jeweils etwas Eigenständiges beinhalteten, aber auch innerhalb ihrer eigenen Entwicklung z.B. antagonistische und anachronistische Züge aufwiesen (1998: 307). Wollte man also ein Bild von einer fremden Kultur gewinnen, das ihr in ihrer Vielschichtigkeit ansatzweise gerecht wird, so müsse man anti-kryptorassistisch denken, d.h. eine versteckte oder offenkundige, abschätzige Antigruppen-Bildung ausschließen, die sich z.B. auf Aussehen, Herkunft und Sprache bezieht (1998: 301).

Auf das genannte Beispiel bezogen lässt sich damit einwenden: Nicht nur »Frauen aus der Türkei« können unter einer mangelhaften ärztlichen Berücksichtigung ihres Schamgefühls leiden, auch Frauen und Männer jeder Kultur können von demselben Phänomen betroffen sein. Beispielsweise beschwerten sich gelegentlich deutsche junge Mütter über einen regen Besuch von Verwandten am Wochenbett ihrer muslimischen Zimmergenossinnen, da sie einen Mangel an Intimität beim Stillen ihres Säuglings empfinden. Zudem ist es sehr wohl auch so, dass »Frauen aus der Türkei« (genauso wie viele andere Menschen aus verschiedenen anderen Kulturen) die Angebote der Rehabilitation im Wasser erfolgreich in Anspruch nehmen. Wenn schon also zwei Kulturen einander kontrastiv gegenübergehalten werden, so ist, um mit Holenstein zu sprechen, zumindest darauf zu achten, unter welchen Umständen sich ein solches polares Verhältnis behaupten lässt und unter welchen Bedingungen es auch innerhalb der [...] Kulturen zu finden ist.

Ebenfalls wichtig sind für Holenstein der Respekt und die Anerkennung der einzelnen Person als rationales und entscheidungsfähiges Wesen. Deshalb spricht er sich dafür aus, »dass man Menschen, deren Sprache und Kultur einem fremd sind, möglichst kein un- oder vorlogisches Denken zuschreibt, sondern eher davon ausgeht, dass man sie missverstanden hat« (1998: 290). Er fordert dazu auf, die fremde (möglicherweise andersartige, jedoch menscheitsübergreifend vorausgesetzte) Fähigkeit zur begründeten Urteilsbildung der/des Anderen zu honorieren. Der Grund für ein Nicht- oder Missverstehen sei nämlich vorrangig in der Unzulänglichkeit des eigenen Verstandes oder Wissenshori-

zonts zu suchen, anstatt der anderen Person sinnloses, unnatürliches, unmenschliches oder unmündiges Verhalten zu unterstellen (1998: 293). Für das Gespräch über eine Behandlungsoption bedeutet dies die grundsätzliche Betonung der Patientenautonomie: Nur weil die Aussagen der zu behandelnden Person aus kulturellen Gründen nicht einleuchtend oder nachvollziehbar erscheinen, darf nach diesem Grundsatz nicht kategorisch ausgeschlossen werden, dass diese Person entscheidungsfähig ist. Vielmehr gilt es, das Gespräch zu intensivieren und nach den Gründen zu forschen, die diese Entscheidung motiviert haben. Ein Umgang im Sinne Holensteins mit der Frage, die Ilkiliç nebenbei erwähnte und die in etwa lautete »Wenn ein türkischer Patient zu Ihnen sagt: »Meine Leber brennt«, ist das dann ein Fall für die Innere oder ein Fall für die Psychiatrie?« kann für Holenstein nur sein, den Weg zur Psychiatrie ganz hinten zu stellen und immer erst davon auszugehen, dass ein kulturelles Missverständnis vorliegt und man deshalb die Verstehensbemühungen intensivieren muss.

Allein aufgrund des Informationsgefälles stellt schon intrakulturell die Relation von Arzt und Patient häufig alles andere als ein hierarchiefreies Verhältnis dar. Kommen zu dieser Asymmetrie die graduell im interkulturellen Dialog stärker ausgeprägten Differenzen in Sprach-, Begriffs- und Wertverständnis dazu, so kann gerade dann die Haltung des Patienten möglicherweise überhaupt erst sinnvoll eingeordnet werden, wenn neben den vorgetragenen *logischen* Argumenten auch *teleologische* Anteile berücksichtigt werden. So ist es für Holenstein wichtig, bei der Beurteilung von Aussagen zu unterscheiden zwischen dem, was (wörtlich) gesagt wird, und wie es vorgetragen wird (1998: 291 f.). Gemeint sind damit z.B. Aspekte der unterschweligen Wunsch- und Angstäußerung und der Höflichkeit. Gestik und Tonfall, Reaktionen auf Blickkontakt und andere multisensorische Wechselbezüge gelte es ebenso zu berücksichtigen wie rein verbale Äußerungen, und gegebenenfalls müsse beides auf wechselseitige Konsistenz hin abgeglichen werden.

Ein letzter Grundgedanke Holensteins gilt der Verbesserung des wechselseitigen Verstehens (vgl. bes. 1998: 301–304). Erstens empfiehlt er hierzu eine gleichberechtigte Tandemarbeit, um die schon erwähnte Asymmetrie dadurch so weit wie möglich zu entschärfen, dass beide Seiten ein gleichberechtigtes Gespräch miteinander führen.

Das bedeutet heruntergebrochen auf den Dialog zwischen zwei Personen (und ggf. noch den Angehörigen): Nicht nur der Patient sollte (ärztlicher) Untersuchungsgegenstand sein, er ist genau so berechtigt und in der Pflicht, die Worte seines Gegenübers zu hinterfragen. Zweitens mahnt Holenstein zur Vorsicht bei der Einschätzung der Darstellung einer kulturell beeinflussten Aussage. Sowohl die Selbst- als auch die Fremdwahrnehmung könnten von Überhöhungen oder Erniedrigungen geprägt sein. Auch könnten Kodizes ein falsches Bild vermitteln, weshalb man sich bei der Entscheidung niemals nur an dem darin beschriebenen Soll-Zustand (beispielsweise am Alkoholverbot im Islam) orientieren sollte, ohne den faktisch gegebenen Ist-Zustand (möglicher erhöhter Alkoholkonsum des muslimischen Patienten) zu erfragen. Ein schlüssiges Bild des Gegenübers könne, müsse sich aber noch nicht erst dann ergeben, wenn man all dies in die Verstehensbemühungen einfließen lasse und miteinander abgleiche. Holenstein betont drittens, dass sich hieraus zwar ein differenzierteres Bild ergeben könnte, dass dies aber immer noch Gefahr liefe, unangemessen zu sein. Deshalb sei es ratsam, die Ergebnisse der Verstehensbemühungen von kundigen Übersetzern in die Sprache der jeweiligen Person übersetzen zu lassen, sodass diese sie überprüfen und ihnen ggf. widersprechen kann.

Sprachprobleme stellen tatsächlich ein klassisches Problem der interkulturellen Medizinethik dar. Missverständnisse und Fehldeutungen des Gesagten sind Ilkiliç zufolge im interkulturellen Dialog wahrscheinlicher als in einem Gespräch, in dem beide Seiten eine Muttersprache teilen. Auch aus der Perspektive der Medizinethik sei deshalb eine adäquate Übersetzung in die fremde Sprache notwendig, da nur eine gelungene Kommunikation den Zugang sowohl zu den Beschwerden als auch zu den Wertvorstellungen und Präferenzen der Patienten gewährleisten kann. Solche professionellen Dolmetscherdienste seien aber in der Regel nicht verfügbar, sodass als Notlösung auf Angehörige oder Klinikpersonal bis hin zu Reinigungskräften zurückgegriffen wird, was neben einer ungenauen Übersetzung noch eine Reihe an Folgeproblemen mit sich bringen könne. In jedem Fall sei auf diesem Wege eine informierte Einwilligung nicht zu gewährleisten. Ilkiliç votierte deshalb für eine Kostenübernahme von Dolmetschern durch die Krankenkasse, worin ihn die von Razum gelieferten Zahlen zur Gesundheit von Migrant\*innen sogar aus

wirtschaftlichen Gründen bestätigt: Eine durch ein gelungenes Gespräch gesicherte Diagnose und eine daraufhin rasch mit dem Einverständnis und der Unterstützung des Patienten eingeleitete und mit Erfolg durchgeführte Therapie wären selbst inklusive der Dolmetscherkosten voraussichtlich günstiger als ein langwieriges Diagnoseverfahren mit begleitendem »Doktor-Hopping«, Lohnübernahme während der Krankentage, teuren Untersuchungen und Medikationen sowie möglicherweise sogar (aufgrund von erfolglosen Rehabilitationsversuchen drohende) langfristige Arbeitsunfähigkeit.

Eine halbwegs angemessene Übersetzung könnte immerhin zumindest eine Bedingung für die Möglichkeit eines gelungenen interkulturellen Gesprächs zwischen Arzt und Patient schaffen. Aber der Dolmetscher ist noch keine Garantie für den Erfolg. Immer noch und sogar in besonderem Maße sind die menschlichen Qualitäten des Zuhörens und des Sich-Hineinversetzens genau so wie die des sich verständlich Ausdrückens gefordert, die den Beruf des Mediziners neben dem Fachwissen ausmachen. Kulturelle Unterschiede behindern besonders dann eine einvernehmliche Lösung, wenn sie gar nicht erst erkannt werden. Ist man z. B. nicht darüber informiert, dass der Hirntod in der japanischen Tradition nicht immer als das Lebensende akzeptiert wird, so kann man möglicherweise gar nicht in der ganzen Tiefe das Problem verstehen, wenn Angehörige sich gegen die Abschaltung der Herzlungen-Maschine sträuben. Wegen der im interkulturellen Gespräch graduell stärker vorhandenen Problemwahrscheinlichkeit könnte eine gewisse Grundkenntnis zumindest der in Deutschland am häufigsten anzutreffenden Kulturen für niedergelassene oder in der Klinik tätige Ärzte ein erfolgreicherer Handel zum Wohle der Patienten mit fremdem kulturellen Hintergrund befördern. Dabei gilt es zur Vermeidung von Pauschalisierungen zu beachten, dass dieses Hintergrundwissen immer nur *möglicherweise* und eventuell nur *in Teilen*, nicht aber nicht zwingend und in vollem Umfang auf eine Person zutrifft.

İlkiliç schloss als Reaktion auf die aufgeworfenen Fragen mit der Skizze eines interkulturell-medizinischen Konzepts mit integrativ-partikularistischem Ansatz. Es bleibt zu klären, wie eine Ethik, die sich dieser Grundrichtung verpflichtet, argumentationslogisch aufgebaut werden muss, ohne sich der Gefahr eines zu großen Relativismus auszusetzen und deshalb außerstande zu sein Handlungsentscheidungen zu ermöglichen, wenn z. B. rechtliche Regelungen oder berufliche Richtlinien mit der von Patientenseite präferierten Behandlung im Konflikt stehen. Dies ist ein Ball, der aus der Alltagspraxis heraus getrost an die Medizinethik zurückgespielt werden kann. Eine Aufgabe jedoch, der sich jeder kultursensible Arzt selbst stellen kann, ist, nach Wegen zu suchen, wie man die eigenen interkulturellen Kompetenzen gezielt fördern kann. In zunehmendem Maße wird die Notwendigkeit hierfür erkannt und verschiedentlich werden Angebote hierzu gemacht, bei denen eine Teilnahme im Rahmen der Weiterqualifizierung von der KV anerkannt wird.

An dieser Stelle zeichnet sich eine Chance ab, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ethik, interkultureller Philosophie und Medizin bietet. Ein wünschenswertes Ergebnis wäre die gemeinsame flächendeckende Entwicklung eines Curriculums »interkulturelle Kompetenz in der klinischen Praxis« und dessen feste Etablierung in die ärztliche Ausbildung – nicht nur zum »Cappuccino-Effekt« (also im letzten Semester sozusagen als Schokostreusel auf das Sahnehäubchen gestreut), sondern als begleitendes Element während der gesamten Zeit von Studium und Praktika, möglicherweise sogar mit Pflichtpraktikum im außereuropäischen Ausland. Dies dürfte weit differenziertere und anwendungsrelevantere Erfolge liefern als ein Abschnitt im Werkbuch Medizinethik, in dem sich die zwar richtige, aber für das Konkrete wenig hilfreiche, da völlig abstrakte Quintessenz des Kapitels zum Thema interkulturelle Kompetenz erschöpft in der Aussage:

»Im Alltag bedeutet dies somit insgesamt stets, sich den soziokulturellen Hintergrund

des jeweiligen Patienten im Einzelfall konkret vor Augen zu führen und die ärztlichen Maßnahmen einschließlich der Gespräche auch daraufhin weitmöglichst abzustimmen.«<sup>5</sup>

## Anmerkungen

1 RAZUM, OLIVER (2010): »Gesundheit von Migranten: Hintergründe«. Vortrag im Rahmen der Tagung »Migration und Gesundheit – Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung« vom 20. Mai 2010. Zitiert nach dem Audiomitschnitt des Deutschen Ethikrates, URL zum Download: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/migration-und-gesundheit> [Stand: 25.7.2010].

2 KAMANN, MATTHIAS (2010): »Migranten sind die Verlierer im Gesundheitswesen«. In: WELT-ONLINE, 20.5.2010. URL: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article7719675/Migranten-sind-die-Verlierer-im-Gesundheitswesen.html> [Stand: 25.7.2010].

3 İLKILIÇ, İLHAN (2010): »Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in einer wertpluralen Gesellschaft: Medizinische Aspekte der kulturellen Wertvorstellungen und religiösen Werthaltungen.« Vortrag im Rahmen der Tagung »Migration und Gesundheit – Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung«. URL zum Download des Audiomitschnitts: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/migration-und-gesundheit> [Stand: 25.7.2010].

4 HOLENSTEIN, ELMAR (1998): »Ein Dutzend Damentregeln zur Vermeidung interkultureller Missverständnisse.« In: Ders.: Kulturphilosophische Perspektiven. Schulbeispiel Schweiz. Europäische Identität auf dem Prüfstand. Globale Verständigungsmöglichkeiten. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 288–312.

5 BANNER, REGINA ET AL. (2005): »Die Arzt-Patient-Beziehung«. In: Dies. (Hg.): Werkbuch Medizinethik I. Münster: LIT, S. 31–77.

## Die Autorin

**Dr. phil. Christina Rose**

Philosophisches Institut der Universität  
Bonn, Bonner Talweg 57, 53113 Bonn  
[rose@drze.de](mailto:rose@drze.de)



## Interkulturelle Kompetenz

**Zusammenfassung** »Gastfreundschaft ist bei uns nicht Sitte« ... heißt es am Beginn von Franz Kafkas Roman »Das Schloss« ... »wir brauchen keine Gäste«. Im Folgenden geht es darum, Grundlagen des Umgangs mit Menschen aus fremden Kulturen darzulegen. Das erfordert eine fortdauernde Auseinandersetzung des Eigenen mit dem Anderen, des Zugehörigen mit dem Unterscheidenden. Dies besonders in der Psychiatrie, wo wir es mit Menschen zu tun haben, die sich selbst oft fremd sind. Nach einer knappen Darlegung grundlegender Begrifflichkeiten und der Brüchigkeit verengter Zuordnungen, werden Orientierungssysteme aufgezeigt, die helfen können fremdes Denken und Handeln verständlich zu machen und damit umzugehen. Am Ende sollte deutlich werden, dass wir doch Gäste brauchen, auch um näher bei uns selbst zu sein.

### I. Zugehörigkeiten

Der »Einheimische« ist versucht zu glauben, dass er mit sich im Reinen sei. Er ist da und gehört dazu. Ist er bei sich, meint er zu wissen wie es weitergeht. Erst »der Andere, der von draußen kommt« vermag ihm die Begrenztheit auch seiner Welt, seiner »Kultur«, des Bedeutungs- und Regelsystems, in dem er sich verständlich macht, vor Augen zu führen.

Als *kulturelle Identität* kann man eine Struktur ansehen, die im Sinne von Gebräuchen, Traditionen und Überlieferungen die Kategorien des Eigenen und Fremden über Zeichen, Strukturen und erworbenes Wissen in ein Verhältnis bringt. So kann sie ein Gefühl von Zugehörigkeit, von Geborgenheit und Sicherheit vermitteln. Sie schließt das »Eigene« in ihr Denken, Fühlen und Handeln ein und »Fremdes« zumindest zunächst aus.

Kulturelle Identität tritt als eine Weise der Identifikation mit gemeinsamen Lebensformen, Orientierungen, Werthaltungen oder auch Vorfahren zutage.

Unsere Geschichte ist eine Geschichte der Erfahrung von Ambivalenzen und der kulturellen Brüche. Und die *Bruchstellen* sind es, an denen so etwas wie kulturelle Identität am ehesten zu greifen ist. Die Erfahrung der Ambivalenz zeigt uns auch, dass eine starke, markant abgrenzbare Identität etwa Europas, sich nicht fassen lässt. Doch reicht hier eine schwache, sich mit anderen vergleichende »Identität« aus. Sie bildet den Horizont, in dem sich uns die Welt erschließt. In seinen Grenzen bleibt Identität ein *Projekt*, das sich der Frage nach dem Unterscheidenden stellt, ohne ein für allemal das Trennen-

de der Kulturen und Zivilisationen zu zementieren. Bei aller Kraft, die kulturelle Identität aus ihren mythischen Wurzeln schöpft, erklärt sie sich weniger aus gemeinsamen Überlieferungen und Deutungen als aus gemeinsamen Zielen und gemeinsamem Handeln. Sie wird am Ende weniger kulturell als *politisch* zu verstehen sein.

Vor diesem Hintergrund sollte auch die *Rolle der Religion* als identitätsstiftendes Merkmal betrachtet werden. Religiöse Bindung kann an der Formung unserer kulturellen Identität beteiligt sein, aber sie füllt sie nicht aus. Sie mag unter der Bedingung der Fremde mit dem Gefühl des Ausgeschlossenseins einen Bedeutungszuwachs erfahren, einen Ort der Begegnung mit Gleichgesinnten darstellen und so zu einem »Anker der Identität« (Beck-Gernsheim 2007) werden. Doch »Fundamentalisten« erst deuten Religion als unsere einzig wesentliche Bestimmung und instrumentalisieren sie, so verengt, für eigene politische Zwecke. Dann wird sie, wird jede Religion, zur Bedrohung. Gegenwärtig ist es vor allem der Islam, dem, zumindest im Westen, diese Bedrohlichkeit zugeordnet scheint.

Die islamische Welt, einstmals durchaus inspirierender Gegenpart des christlichen Abendlandes, tauchte in den letzten zweihundert Jahren nur als nachrangige Region in unseren Geschichtsbüchern auf. Heute jedoch ist sie wieder präsent als eine der großen Herausforderungen, auch an das, was wir unter unserer kulturellen Identität verstehen. Eine Herausforderung, der wir uns zunächst meist in Abwehr und Angst (Bielefeldt 2008) zu stellen wagen. Selbst liberalen Muslimen gegenüber bleibt so ein Verdacht – oder die Feststellung, dass

sie »eigentlich« ja keine »echten« Muslime mehr seien.

Der Islam wird, in seinen vielfältigen Schattierungen, zunehmend Teil auch unseres öffentlichen Lebens sein. Er wird mehr als bisher an dessen Gestaltung teilhaben. Auf diesem Weg wird er selbst einen Wandlungsprozess durchlaufen, weg von eher randständiger Bindung an überkommene Institutionen, hin zu selbstbewussterer und sicher auch »aufgeklärterer« Neubewertung der eigenen religiösen Quellen. Und er wird mit seinem Hinterfragen der Lebensformen dieser Gesellschaft, *aus dieser Gesellschaft heraus*, auch seinen Teil zu unserer kulturellen Identität beitragen.

Identität lässt sich eben nicht auf eine Dimension, aufs Deutsch-, aufs Frau-, aufs Jüdisch-, Christlich- oder Moslemsein reduzieren. Eine »partiellen Identität« schließt Menschen, die ihr verengter Blick nicht wahrzunehmen vermag, aus ihren Betrachtungen von vornherein aus. Eine Frau, die als Häftling des Konzentrationslagers Ravensbrück überleben konnte, schrieb einmal:

»Sie ist wirklich jung und hübsch. Warum haben sie ihre Nummer aufgeschrieben?« Und sie fügte dann, nachdem sie sich über die Bedeutung des Gesagten im Klaren war, hinzu: »... Ich zittere vor dieser Logik, als ob es eine Rechtfertigung dafür gäbe, die Kranken, die Greise und die Unattraktiven zu töten ...«

Jede Festlegung eines Menschen auf ein Bild, eine Eigenschaft läuft Gefahr, praktische Folgen zu erzwingen, die denen, die in das Bild nicht passen oder über die erwartete Eigenschaft nicht verfügen, Achtung und Teilnahme verweigern. »Früher nannte man

es Rassismus, wenn Kollektiven Eigenschaften zugeschrieben wurden«, heute werden Angriffe gegen Minderheiten, wie vor allem den Islam, »als Angst, die man Ernst nehmen muss« im »Gewand des Liberalismus und als Verteidigung der Moderne« vorgebracht.<sup>1</sup> Und es scheint dabei zunehmend wieder der Körper der Frau, so wie er sich verbirgt und zeigt, » zum Spielfeld politischer Auseinandersetzungen zu werden« (Sturm & Moro 2010).

Statt zu differenzieren und abzuwägen, sehen sich beide Seiten nur ihrer Sicht einer beschränkten *singulären Identität* verpflichtet. – Tatsächlich sind wir alle stets gleichzeitig Teile *verschiedener* Kollektive. Wir haben uns selbst zu fragen, welche unserer Zugehörigkeiten in der Erfüllung welcher Aufgabe maßgebend ist – und danach, in eigener Verantwortung, zu handeln.

Die Orientierung an kultureller Identität wird dann zum gefährlichen Wegweiser, wenn wir sie, wie gerade gesehen, auf die Alternative – *hier gut/richtig und da böse/falsch* – verengen und damit von vornherein eine asymmetrische Begegnungssituation hervorrufen. Wir, gerade wir als psychiatrisch Tätige, kommen nicht umhin, Widersprüche und Zumutungen in der Wahrnehmung unserer Selbst und Anderer auszuhalten und in unser Urteilen und Handeln einzubeziehen. Amartya Sen schrieb in seinem Buch »Die Identitätsfalle« (Sen 2007):

»Das auch nur stillschweigende Beharren auf einer alternativlosen Singularität der menschlichen Identität setzt nicht nur uns alle in unserer Würde herab, sondern trägt überdies dazu bei, die Welt in Flammen zu setzen ... Unser gemeinsames Menschsein wird brutal in Frage gestellt, wenn unsere Unterschiede reduziert werden auf ein einziges, willkürlich erdachtes Einteilungsschema, dem alles andere untergeordnet wird ...«

Sen stellt sich hier dem Problem der Balance zwischen individueller Freiheit, die der Vielfalt Raum gibt und gemeinschaftlich gültigen Werten. Er spricht sich dabei entschieden gegen einen Multikulturalismus aus, der die Ausübung jeder Form kulturellen Erbes für legitim erklärt. Hier zeigt sich einmal mehr, dass dem *Begriff der kulturellen Identität* mit Vorsicht zu begegnen ist. Wir müssen hinter ihm nach anderen, meist politisch begründeten Motiven suchen, ihn sozusagen unter Verdacht stellen, »wie einen falschen Freund« (Maalouf 2000).

Und doch bleibt es »die Kultur«, mit ihren Ausdrucksformen Sprache, Recht, Bräuche, symbolische Formen und vielem anderen mehr, die es erst möglich macht, dass Völker, Nationen, Gruppen miteinander in Kontakt gelangen und irgendwann Gemeinsames entdecken. Sie trägt auch zu den Erfahrungen bei, die ein psychisch Kranker mit sich in seiner Krankheit macht. Kultur weist ihnen Bedeutung zu und bestimmt damit ganz wesentlich, wie die umgebende Gemeinschaft auf ver-rücktes Benehmen reagiert.

»Identität«, persönliche oder kulturelle, muss sich bescheiden. Sie gleicht einer Erzählung, die nie zu Ende geht, sich immer wieder korrigiert und neu erfindet und in der sich die Erzählströme gegeneinander richten und überschneiden. Eine Identität die sich, insbesondere bei der zweiten Immigrantengeneration, den »interkulturellen Subjekten«, aus dem Verlangen konstruiert, divergierende Zwänge und Wünsche miteinander zu versöhnen. So entsteht eine äußerst verletzte, aber eben auch welt-offene »Identität«. Und diese kann erst im Dialog mit »dem Anderen« zu sich selbst finden.

Weder das Postulat der radikalen Unterschiedenheit noch eine Politik der unbedingten Angleichung kann den Weg zu dieser fragilen Identität bereiten. Gefordert ist ein Weg, der auf Gegenseitigkeit, in *Anerkennung*, zielt.

Doch Anerkennung wird nicht gewährt und stellt sich auch nicht einfach ein, sie lässt sich nur in der *Auseinandersetzung*, im *Ein-ander-Aussetzen* erlangen. Und sie erfordert in besonderen Maße das, was jedes psychiatrische Gespräch verlangt: die Bereitschaft hinzuhören und sich selbst und seine Überzeugungen infrage stellen zu lassen.

Welches Konfliktfeld diese Anerkennungsprozesse enthalten, spiegelt sich in dem, was uns in politischen Debatten als »öffentliche Meinung« entgegentritt. Unsere westliche Tradition des analytischen Differenzierens neigt zudem dazu zwischen dem guten und dem bösen Fremden zu unterscheiden. Die einen will man verstehen, deshalb ist für sie »der Dolmetscher zuständig«, die anderen bleiben außen vor, für sie wird bestenfalls die Polizei gerufen, »einschließlich einer vielfach im Geheimen agierenden Ideenpolizei« (Waldenfels 2005). Da kann sich der Begriff »kulturelle Identität« zum gefährlichen Ratgeber wandeln, gerade wenn es um die Beantwortung der Frage geht, ob und

wie man zusammengehören kann. Und ob man es überhaupt will (Meyer 2004).

## II. Das Fremde ins eigene Haus holen

In Frankreich nannte man Psychiater in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts *aliénistes*. Man sah in ihnen Menschen, die zu Fremdem einen *verstehenden* Umgang suchen. Und dieser Umgang sollte zu einer Art der »Selbstverständigung« führen, die uns das Andere auch in uns selbst entdeckt – als vielfältige Ordnungen mit unterschiedlichen Deutungen der Welt. Diese sind uns zu eigen, wenn sie in unsere kulturelle Lebenswelt passen. Sie bleiben uns fremd, so lange sie unserer Sichtweise der Welt widersprechen.

Sicher hat alles Fremde, wir wissen das aus unserer psychiatrischen Arbeit, auch eine bedrohliche Seite, eine Seite, die »Angst macht«. Wir kennen das etwa aus dem Nachtdienst. Wie viel unheimlicher ist uns der Fremde, dessen Sprache wir nicht verstehen, dessen Wahrnehmungen, dessen Kultur sich uns entzieht. Und was mag erst *in ihm* vorgehen in einer solchen, doch stets extrem belasteten Situation, wenn ihm jegliche Verständigungsmöglichkeit über seine Sicht der Dinge fehlt oder entzogen ist. Wir sollten dann an seiner Sichtweise wohlwollend Anteil nehmen, sie uns näherbringen und – falls möglich – *aneignen* (Seidel 2004), das Fremde sozusagen ins eigene Haus holen. Jedoch nicht, wie es so oft geschieht, im Sinne einer herablassenden, am Ende nur noch verwaltenden Einverleibung in unsere eigene Welt.

Interkulturelle Begegnungen geschehen in Raum und Zeit. Raum gibt den Abstand zum Anderen an, für den ich mich interessiere. Er ist von mir entfernt und zunächst ist »meine Kultur« der Standpunkt, der die Distanz bestimmt. Seine Position ist von der meinen unterschieden. Die Sicht des Anderen werde ich nicht in allem teilen können. Nähere ich mich dem Anderen an – ein Prozess der Zeit erfordert – vollzieht sich auch in mir eine *Ent-fremdung*, die auch meine Einstellung trifft und auch mich verändert (Theunissen 1965).

Der Psychiater Erwin Straus spricht von einem »Zusammen im Gegenüber«, das sich in der Kommunikation mit dem Anderen vollzieht (Straus 1963). Kommunikation kann als gelungen gelten, wenn der Angesprochene das »richtig« versteht, was der

Aussagende mit seiner Aussage meint, um was es ihm in der Begegnung »geht«. Die Schwierigkeiten des Verstehens beginnen hier jedoch schon bei den »Begriffen«. Begriffe kann man nicht einfach übersetzen, wie in einem Wörterbuch. Sie haben ein Umfeld, das die unterschiedlichsten Wahrnehmungen auslösen kann, sie wecken Assoziationen und Emotionen, die schon zwei Personen aus einem Kulturkreis nicht teilen, um wie viel weniger Personen verschiedener kultureller Herkunft. Das Gleiche gilt, vielleicht noch mehr, für Gesten und Rituale. Sie lassen sich nicht durch den Verstand erklären. Man kann sich nur »mit der Zeit« mit ihnen vertraut machen und sich an sie gewöhnen.

Um interkulturelle Kommunikation in der psychiatrischen Beratungs- und Behandlungspraxis fruchtbar werden zu lassen ist es zunächst nötig, die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten der sich begegnenden Kulturen aufzuspüren und zu beschreiben.

Dabei ist es hilfreich, sich an einem kulturellen Regelsystem zu orientieren. Dieses sollte sich an skizzierte »Kulturstandards« halten und über sie den Umgang mit Fremdkulturellem erleichtern. Kulturstandards sind Wahrnehmungen, Werte und Handlungsweisen, die von den meisten Mitgliedern eines Kulturbereichs, als weitgehend »verinnerlicht«, geteilt werden. Sie enthalten gemeinsame Gewohnheiten, stereotype Vorstellungen über den fremden Anderen, unbewusstes Verhalten in wiederkehrenden Alltagssituationen und deren von der Mehrzahl gemeinsam getragenen Deutungen. Kulturstandards wandeln sich und sind in unterschiedlichen sozialen Gruppierungen oft sehr verschieden. Sie sind vor allem als Orientierungshilfen zu sehen, wenn es darum geht, Erschwernisse in der interkulturellen Kommunikation zu identifizieren und lokalisieren (Thomas 1996).

*So habe ich einmal mein Gegenüber in Kyoto in wahre, auch physische Qualen versetzt, als ich ihn nach dem Weg fragte. Er erklärte mir immer etwas, das für mich keinen Sinn ergab und das auf immer wieder neue Weise. Jeder Japaner hätte sofort bemerkt, dass er den Weg nicht kennt und von ihm abgelaufen. Doch es gehörte sich einfach nicht, mir das direkt zu sagen und mir war dies nicht vertraut.*

*Im Iran saß ich ein anderes Mal inmitten einer großen Schar von Freunden, der Fernseher lief und alle sprachen lautstark durcheinander. Mein Versuch, mir Gehör zu verschaf-*

*fen, war ohne Aussicht. Ich war erkältet und musste mir die Nase putzen. Ich tat es auf gewohnt geräuschvolle Art. Plötzlich war alles still und sah mich mit entsetzten Augen an. Ich hatte mich »unmöglich« benommen. – Interessant war dabei auch, was ich an mir selbst beobachtete: Während ich in die erste Situation noch mehrfach wieder geriet, war ich von meiner Art des Naseputzens sofort und ein für alle Mal, wie durch einen Schock, »geheilt«.*

Hier geht es darum kulturell geprägte Erwartungen »lesen zu lernen«, mögen sie in sprachlichen Begriffen oder in Andeutungen und Gesten zutage treten.

### III. Interkulturelle Handlungskompetenz – Ein Fall

*Frau A. war nach einem Suizidversuch in die Psychiatrische Klinik gebracht worden. Eine sprachliche Verständigung war mit ihr nicht möglich. Sie weigerte sich, Antwort zu geben und von den Angehörigen war zu erfahren, dass Frau A. kein Wort Deutsch spräche.*

*Frau A. stammte aus einem afghanischen Dorf. Sie konnte weder lesen noch schreiben. Mit 17 hatte sie geheiratet und bald darauf einen Sohn geboren. Ihr Mann lebte in guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Seine Familie hatte Frau A. herzlich bei sich aufgenommen. 1994 war ihr Haus im Rahmen der bestehenden kriegerischen Auseinandersetzungen teilweise zerstört worden. Dabei sind unmittelbar neben ihr sowohl ihr Bruder, als auch ihr 8 Monate alter Sohn getötet worden. Seit dieser Zeit sei sie krank.*

*Ihr Mann war mehrfach von den Taliban abgeführt und gefoltert worden. Die Familie hatte ihn dann immer wieder »freikaufen« müssen. Deshalb hatte sich die Familie 2002 schließlich zur Flucht entschlossen. Zu diesem Zeitpunkt war die Patientin mit ihrem dritten Kind schwanger gewesen. Am Ende einer fünf Monate dauernden Flucht gelangte die Familie zu Verwandten nach Deutschland. Frau A. und ihr Mann lebten »illegal« in Deutschland, da sie, nicht wissend wo sie sich befanden, bereits in Österreich das Wort »Asyl« ausgesprochen hatten.*

*Eines frühen Morgens standen Polizei und Dolmetscher vor ihrer Tür und holten ihren Mann gewaltsam ab. Ihr wurde gesagt, sie solle ebenfalls ihre Sachen packen. Darauf nahm sie alle Tabletten zu sich, derer sie habhaft werden konnte. Sie gab später an, das*

*Gefühl gehabt zu haben, hier sei alles genauso wie in Afghanistan. Auch dort sei ihr Mann immer von fremden Männern abgeholt worden.*

*In der Klinik ging es Frau A. bald besser. Sie war wegen ihres freundlichen Wesens beliebt. Einige Mitarbeiter konnten mit ihr ein wenig in ihrer Sprache (persisch) kommunizieren. Andere gaben sich Mühe, mit ihr entweder über ihre deutsch sprechenden Verwandten oder mit Gesten und Zeichen in Kontakt zu treten. Allmählich nahm sie sogar an nonverbalen Gruppenaktivitäten teil. Sie hatte jedoch panische Angst, das Haus zu verlassen, da sie seit dem Tag, als man ihren Mann abgeholt hatte, nichts so sehr fürchtete wie die Polizei. Nach ihrer Entlassung wurde sie, getrennt von ihren Kindern, nach Österreich abgeschoben.*

Für Frau A. war die Klinik ein sicherer Ort geworden, Asyl im guten Sinn. Dies trotz der schweren traumatischen Geschehnisse in ihrem Herkunftsland, die sich in dem Land, das ihr Schutz bieten sollte, noch vertieften. Und trotz der anfänglich großen Angst vor ihren Mitpatienten, die sie nicht verstand – weder ihre Sprache, noch ihr Benehmen.

Wie konnte das kommen? Entscheidend waren hier zunächst banal erscheinende Dinge. Frau A. wurde »irgendwie« gemocht. Man wusste, vor allem aus der Presse, einiges über die politischen Verhältnisse in ihrem Land. Es war etwas sprachliche Verständigung, das war von großer Bedeutung, möglich. Über ihre Religion, mit der sie erkennbar verbunden war, bestand ein basales Wissen. Es wurde gemeinsam Tee getrunken und sich wechselseitig in der Küche geholfen. Man fand Interesse aneinander. Es herrschte Freundlichkeit. Wohl auch: Man konnte sich, nachdem ihre Vorgeschichte bekannt war, ihre tiefe Verzweiflung erklären. In Teamgesprächen war es möglich, Probleme von Übertragung und Gegenübertragung im stationären Feld zu erörtern. Dadurch ließ sich die unvertraute, ja manchmal unheimliche Expressivität der geängstigt-depressiven Symptomatik allmählich nachempfinden. Aus einer eher abwehrenden, entfremdenden Tendenz der so anderen Patientin gegenüber entwickelte sich eine wohlwollende, gelegentlich zur Idealisierung neigende Haltung der Teammitglieder. Sie konnte sich angenommen und – trotz der meist fehlenden Worte – auch ein wenig verstanden fühlen. Es ging ihr, im geschützten Rahmen, bald besser.

Eine »interkulturelle Psychiatrie« muss im gewöhnlichen klinischen Alltag auf Vorbehalte stoßen. Sie kommt nicht umhin, gegen vertraute Prinzipien klassisch psychiatrischen Wissens Position zu beziehen. Sie kann sich nicht auf die Begegnung mit einem »Fall« zu dessen Besserung und eigener Selbstvergewisserung unter medizinisch-klinischen Bedingungen beschränken. Sie muss, nach der ersten Begegnung im Rahmen einer oft akuten Krise, eine Vorstellung davon gewinnen, aus welchem Umfeld ein Patient stammt und wie und wo er heute lebt.

Eine »interkulturelle Psychiatrie« wird sich in ihrer so bezogenen Haltung schwertun mit global gültigen Klassifikationen, die unausweichlich dazu neigen, Kontexte zu entwerfen. »Objektive«, den Naturwissenschaften nachempfundene Krankheitsvorstellungen machen hier wenig Sinn. Es ist nicht möglich, einen Zugang zum »fremden Gegenüber« zu finden, wenn Menschen zu Subtypen aggregierter Daten erklärt erscheinen. *Interkulturelle Psychiatrie ist soziale Psychiatrie*. Sie muss dem Lebensalltag der von psychischem Leid betroffenen Menschen nachgehen, sich sozialen Fragen nach Arbeit, Bildungsstand, Einsamkeit oder Gemeinschaft und der Situation des Wohnens und der Tagesgestaltung stellen. Soziale Ausgrenzung vervielfacht die Probleme, die das Fremdsein mit sich bringt. Eine gute Ausbildung, gewandtes Auftreten, beruflicher Erfolg lässt kulturelle Unterschiede meist gering erscheinen.

Und: Interkulturelle Psychiatrie kann auf eine anthropologische Fundierung nicht verzichten. Sie muss sich ein Bild machen von der *Person* des Menschen, der Rat und Hilfe sucht; von ihren Konzepten von psychischer Störung, der Bedeutung, die sie ihrem Körper zumisst, ihren Theorien über Geist und Seele. So wird sie »psychische Störungen« nicht gleich als krankhafte Fehlfunktionen begreifen, sondern sie zunächst als irritiertes Erleben, als existenzielle Krise auffassen. Dies aus einem Verständnis heraus, das bemüht ist die *Ordnung der Lebensgestaltung* – noch im Vorfeld der Unterscheidung »krank oder gesund« – zuallererst in den Blick zu nehmen.

#### IV. Interkulturelle Handlungskompetenz – Überlegungen

»Im Kontakt mit Menschen aus anderen Kulturen hat sich eine Haltung bewährt«, die »als Anteil nehmende oder wohlwol-

lende Neugier beschrieben wurde. Fremd erscheinende Haltungen sollten die Neugier wecken herauszufinden, welche Gründe es aus einer Kultur heraus geben mag, die zu einem speziellen, ungewöhnlich erscheinenden Verhalten führen, worüber man mehr erfahren möchte.« (Hegemann 2001)

Diese Haltung eines teilnehmenden Interesses kann als Richtschnur für alle Gespräche mit Klienten und Patienten aus fremden oder weniger vertrauten Kulturen dienen. Das gilt in besonderem Maße für die *erste Kontaktaufnahme*, gerade in der Klinik, die für die Betroffenen fast stets von Angst und Verzweiflung, für die Angehörigen von Sorge und Scham, begleitet ist. Hier ist es hilfreich, wenn der hilfeschuchende Gast auf ihm Vertrautes trifft – eine Postkarte aus seinem Land, einen Samowar, eine Atmosphäre, die nicht allzu steril geordnet und damit eher abweisend erscheint. Der beratende und wohl auch »diagnostizierende« Therapeut wird dabei gut daran tun zu versuchen, einen Kontakt »auf gleicher Augenhöhe« herzustellen. Dies darf sich allerdings nicht ins »Kumpelhafte« wenden, da sonst die Anerkennung des Therapeuten als fachliche Autorität verspielt werden kann. Diagnostizieren heißt hier Auffälligkeiten feststellen, die von der Norm akzeptierten Wahrnehmens und Benehmens in der jeweiligen Kultur erheblich und für den Betroffenen schmerzhaft, abweichen. Hierzu sind Geduld und Einfühlungsvermögen erforderlich sowie zunächst die Möglichkeit der *sprachlichen* Kommunikation. Sie sollte, wenn es nicht durch eine gemeinsame Sprache möglich ist, durch professionelle, vor allem kommunikativ kompetente *Dolmetscher* vermittelt werden. Zu beachten ist, dass das Gespräch in der hinzugelernten Zweitsprache nicht selten dazu führt, Affekte und Emotionen zu verschließen, sodass die Zweitsprache auf diese Weise zum Widerstand in der Therapie geraten kann.

Doch Sprache allein füllt Kultur nicht aus. Worte können schon im »normalen« Gespräch vielfältige Bedeutungen annehmen, um wie viel mehr mit Menschen aus fremden Kulturen und das gar gepaart mit Störungen des Wahrnehmens und Denkens. »Psychologische und psychiatrische Professionelle müssen daher ihre Aufmerksamkeit auf *Erfahrung* richten – dem Ausgangspunkt für jede Erkenntnis über Beziehungen und Kommunikation.« (Krause 2001)

Die *Auftragsklärung* zwischen »Behandler« und »Zubehandelndem« bedarf im psychi-

atrisch-psychotherapeutischen Bereich besonderer Mühewaltung. Sie ist in akuten Situationen, vor allem bei psychotischen Patienten oft ein heikles, Zeit und Einfühlung erforderndes Unterfangen. Gerade bei interkulturellen Kontakten ist es meist sinnvoll, die nächsten Bezugspersonen der Patienten – und das ist fast immer die Familie – hierbei mit einzubeziehen. Dabei kann man sich, insbesondere über klare, nachvollziehbare Erklärungen, ihrer positiven Ressourcen versichern, ohne sie vorschnell als Behandlungshindernis zu betrachten. Nicht zu übersehen ist, dass es für viele Menschen kaum möglich ist über familiäre Konflikte oder gar intime Beziehungsprobleme zu sprechen oder sie als solche überhaupt wahrzunehmen, besonders dem »fremden« Therapeuten gegenüber.

Die *Behandlung* schließlich erfordert fachliche Kompetenz, die Fähigkeit zuzuhören, Respekt vor der Biografie, die ja stets eine Lebensleistung, insbesondere bei Migranten, beinhaltet und eine Orientierung am kulturellen und sozialen Kontext. Behandlungsziele müssen ausgehandelt und erklärt werden, Zusagen verlässlich sein, Abläufe verständlich gemacht werden. Anerkennung und Bestätigung kommt in einem Behandlungsverlauf, der zwischen unterschiedlichen Kulturen verläuft, besondere Bedeutung zu. Hier kann ein Vorgehen nach dem Empowerment-Konzept, das, ganz im Sinne einer »sozialpsychiatrischen Einstellung« die »gesunden Anteile« der Patienten zu stärken versucht, hilfreich sein. Es setzt nicht an beklagten Defiziten an, sondern macht sich zum Ziel, bestehende Ressourcen der Patienten zugänglich zu machen und zu stärken. Das erfordert in kulturübergreifenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssituationen erhebliches Einfühlungsvermögen. Wesentlich mitentscheidend für eine erfolgreiche Therapie ist das Behandlungssetting – die interkulturelle und multiprofessionelle Zusammensetzung des Teams, die Art der Einbeziehung der Angehörigen, die therapeutische Haltung und ethnopsychiatrische Kompetenz der Teammitglieder und die Möglichkeit »kultursensibel« *übersetzen* zu können.

In einem Vortrag über das psychotherapeutische Verständnis in der interkulturellen Begegnung hat Yesim Erim die Frage gestellt, ob sich nicht auch im »Nichtverstehen«, in der Situation, in der sich Therapeut und Patient »mit begrenzten Kenntnissen der jeweiligen Sprache und Kultur begegnen« (Erim 2009) eine Chance für eine erfolgreiche

therapeutische Begegnung verbergen könnte. Und sie hat dabei auf die oft sehr erfolgreichen Psychotherapien hingewiesen, die deutsch-jüdische Psychoanalytiker in den USA, nicht selten sehr bald nach ihrer Flucht mit wenig Wissen von den Verhältnissen im neuen Land, durchgeführt haben. Was diese Therapeuten untereinander verbunden hat und das scheint hier entscheidend, war eine Haltung zugewandten Interesses, einer *Neugier*, sich mit dem Fremden, dem sie sich ausgesetzt sahen, möglichst rasch und intensiv vertraut zu machen.

Immanuel Kant, der seine Heimatstadt nie über deren Umfeld hinaus verlassen hat, war sicher ein interessierter, ja wohl auch neugieriger Mensch. Obwohl er so wenig gereist war, verfügte er doch über eine erstaunlich weit gefasste Menschenkenntnis. Er meinte diese sei dem Umgang »mit seinen Stadt- und Landgenossen« sowie dem Leben in einer Seestadt, die Handel treibe, Sitz der Landescollegia sei und eine Universität besitze, zu verdanken. Darüber hinaus solle man Reisebeschreibungen, »Weltgeschichte, Biografien, ja Schauspiele und Romane« lesen und in der Lage sein, das empfangene Wissen in größere Zusammenhänge zu ordnen (Leibbrand & Leibbrand-Wettley 1961). Die Bestimmung dessen, was das Eigene und das Andere ausmacht, sich in sich bekämpfen lässt und wieder zusammenführt, findet sich auch in der anfangs oft verstörenden Befremdlichkeit von *Kunst*. Sie erweitert unsere Welt und enthüllt zugleich die Kluft, die sie durchzieht.

Interkulturell kompetentes Handeln heißt, allgemein gefasst – Wahrnehmen, Übersetzen, »Sinn geben«. *Interkulturelle Kompetenz*, soweit sie sich überhaupt isoliert von

anderen menschlichen Befähigungen beschreiben lässt, trägt ein Doppelgesicht: Sie ist Fähigkeit und Eigenschaft zugleich. Fähigkeiten lassen sich, in Teilen, erwerben. Eigenschaften müssen sich entwickeln. Beides zusammen kann gelingen, wenn man auf die Reise geht, sich aufmacht ins Unbekannte in Vorstellungen, Begegnungen, Büchern oder wissenschaftlichen Berichten. Reisen ins Fremde eben, von denen man vielleicht irritiert, aber gewiss bereichert zurückkehrt.

#### Anmerkung

1 EMCKE, CAROLIN: Liberaler Rassismus, Die Zeit v. 25.2.2010, S.9

#### Literatur

BECK-GERNSHEIM E (2007) Wir und die Anderen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp  
BIELEFELDT H (2008) Das Islambild in Deutschland. Zum öffentlichen Umgang mit der Angst vor dem Islam. Bielefeld: Dt. Inst. f. Menschenrechte, 2. Aufl.  
EPPENSTEIN T (2008) Soziale Arbeit interkulturell. Stuttgart: Kohlhammer  
ERIM Y (2009) Nicht verstehen als Chance? Psychotherapeutisches Verständnis in der interkulturellen Begegnung. www.Lptw.de  
KIESEL D, FREISE J (2005) Interkulturelle Soziale Arbeit. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag  
GÖLE N (2008) Anverwandlungen: Der Islam in Europa zwischen Kopftuchverbot und Extremismus. Berlin: Wagenbach  
HEGEMANN T, SALMAN R (2010) Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag  
HEGEMANN T (2010) Transkulturelle Kommunikation und Beratung. In: HEGEMANN T, SALMAN R Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

KRAUSE I-B (2001) Anthropologische Modelle für die multikulturelle Psychiatrische Arbeit. In: HEGEMANN T, SALMAN R Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag  
KREWER B (1996) Kulturstandards als Mittel der Selbst- und Fremdrelexion in interkulturellen Begegnungen. In: THOMAS A (Hg.) Psychologie interkulturellen Handelns. Göttingen: Hogrefe  
LEIBBRAND W, LEIBBRAND-WETTLEY A (1961) Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg/München: Alber  
MAALOUF A (2008) Mörderische Identitäten. Frankfurt a. M.: Suhrkamp  
MEYER T (2004) Die Identität Europas. Frankfurt a. M.: Suhrkamp  
SEIDEL R (2004) Geschehnis und Ereignis. In: Sozialpsychiatrische Informationen 34, 1  
SEN A (2007) Die Identitätsfalle. Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt. München: C. H. Beck  
STURM G, MORO R (2010) Frauen in der Migration. In: HEGEMANN T, SALMAN R Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag  
THEUNISSEN M (1981) Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart. Berlin u. a.: de Gruyter, 2. Aufl.  
THOMAS A, KINAST E-U, SCHROLL-MACHL S (Hg.) (2005) Handbuch Interkulturelle Kommunikation. Bd. 1, Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht  
WALDENFELS B (2005) Fremdheit, Gastfreundschaft und Feindschaft. In: Z. f. deutsche Literatur- und Kulturwissenschaft V, S. 31

#### Der Autor

**Dr. Ralf Seidel**  
Rubensstr. 42  
41063 Mönchengladbach  
seidel-aprin@t-online.de



# Theoretische Modelle der Migration

**Zusammenfassung** Die im Folgenden vorgestellten theoretischen Modelle der Migration versuchen die flüchtigen Bewegungen, die Migrationsprozesse auszeichnen, systematisch zu fassen. Dabei geht es um die Ent-fremdung des Fremden, die Dynamik des Migrationsprozesses und die kulturelle Adoleszenz als Integrationsleistung im Migrationsprozess. Für den Erfolg von Migrationsprozessen ist Ent-fremdung eine unverzichtbare Voraussetzung, damit die zyklische Emotionslogik bei der Ablösung von der Ursprungskultur und die kritische Integration in die Aufnahmekultur verknüpft mit den Kernproblemen des Migrationsprozesses und deren Bewältigung sich vollziehen kann. Wissen wir Einheimischen eigentlich, was Integration in eine fremde Kultur für den Einzelnen bedeutet? Migration und Integration ist so etwas wie die 3. Individuation im Leben eines Menschen. Die Metapher von der »kulturellen Adoleszenz« geht dabei von der Hypothese aus, dass die Krisen der Adoleszenz in vielfacher Hinsicht den Krisen gleichen, die die Migrationsprozesse auslösen.

## Das Fremde

### Symbolik und Konstrukt des Fremden

Die Fremdheitserfahrung ist ein ubiquitäres Phänomen. Migranten werden häufig als die Symbolfiguren des Fremden schlechthin erlebt. Es scheint manchmal so, als kämen Migranten und Einheimische von verschiedenen seelischen Kontinenten. Das Erscheinen der Fremden setzt oft gemischte Gefühle frei. Diese bilden sich ab auf einem Spektrum aus paranoiden Befürchtungen um wirtschaftliche Nachteile und Einbußen und hochfliegenden messianischen Erwartungen in der Gestalt von Befreiungs- und Erlösungsfantasien. Beides geht mit irrationalen Bewertungen wie Fremdenhass oder Idealisierung einher und ist gleichermaßen dazu angetan, die Integrationsbereitschaft und -fähigkeit der Einheimischen zu überfordern. »Fremdheit« als objektivierbare »Sache« zu begreifen, bietet implizit aber ein Verständnisproblem.

Unsere Wahrnehmung neigt zu einer Reifikation (lat. res »Sache« und facere »machen«) des Fremden, d.h. zu einer Vergegenständlichung von Fremdheit an dem »Objekt des Fremden«. Die hierin liegende epistemologische Irrtum besteht darin, dass eine subjektive Wahrnehmung in der Beziehung zu einem als fremd wahrgenommenen Anderen als ein vergegenständlichter Sachverhalt »da draußen«, als unveränderliche Eigenschaft am Anderen beschrieben bzw. diesem zugeschrieben wird. Dieser Gebrauch von Fremdheit ist eine »logische Sünde« und erschafft eine Wirklichkeit, die es als solche »objektiv« gar nicht gibt. Denn

der Unbekannte oder der Fremde als eine Bedeutungskonnotation ist nur solange fremd, bis sich das Eigene zu dem Fremden in ein neues Verhältnis gesetzt hat und sich »Ent-Fremdung« als Ausbildung zunehmender Vertrautheit vollzieht. In diesem Sinne ist Fremdsein die Momentaufnahme der aktuellen Erlebnisqualität einer subjektiven Beziehungsdefinition in beständigem Wandel und insofern immer das »Fremde im Selbst« – auf Zeit (Machleidt & Heinz 2008, s. Übersicht Machleidt & Heinz 2011).

### Fremdes Entfremden

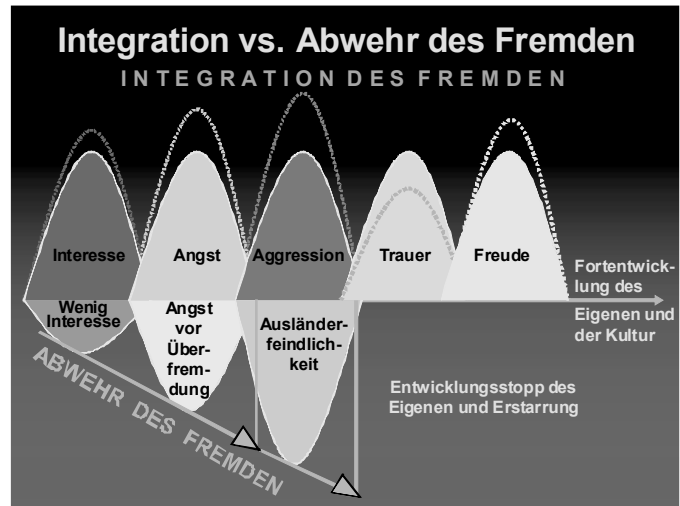
Das Fremde ist in der interkulturellen Begegnung Ausdruck einer »kulturdistinktiven« Beziehungsdefinition, die eine Selbstdefinition ermöglicht in einem als Eigen definierten Feld (Gutjahr 2007). Zwischen dem im eigenen Bewusstsein vorfindlichen Aktualitäten und dem Verstehen durch einen Anderen steht stets die vom kulturellen Verstehenskontext abhängige kommunikative Situation. Damit Verstehen gelingen kann, bedarf es Gemeinsamkeitsfiktionen und Konsensunterstellungen als Brückenfunktion, sowie des erläuternden »explikativen« Diskurses mit vielfältigen Beschreibungen, Vergleichen und Bezugnahmen auf gemeinsame Verstehenskontexte. Das »Fremde« oder »Fremdheit« ist dann »das Anderssein«, zu dem in der Kommunikationssituation keine Verstehensillusion aufgebaut werden kann. Fremdheit oder Befremdung entsteht durch Erwartungsbrüche. Dazu zwei Beispiele: Ein Singhalese beantwortet eine antizipierte Zustimmung

durch ein Schaukeln des Kopfes und diese Geste wird von den Touristen aus Europa als Ablehnung fehlgedeutet; eine italienische Arbeitsgruppe trifft erst eine halbe Stunde nach der verabredeten Zeit ein und dieses Verhalten wird als Geringschätzung des Gastgebers gedeutet – anstatt zu verstehen, dass die »inneren Uhren« von Menschen aus mediterranen Ländern oft mit den »äußeren Uhren« nicht so synchronisiert sind wie bei Deutschen.

Metaphorisch betrachtet, entsteht bei solchen Begegnungen zwischen Interaktionspartnern ein Zwischenraum oder Beziehungsraum (Nadig 2010), in dem sich die Inszenierung des Fremden als Kontrast zum Vertrauten abspielt. Dieser intermediäre Raum der kulturellen Vermittlung – auch als transkultureller Übergangsraum verstanden (Özbek & Wohlfart 2006) – braucht als Instanz der interkulturellen Verständigung einen Akteur oder Mediator, in einer Behandlung den Therapeuten, der zwischen den Referenzpunkten des Fremden und des Eigenen Brücken und Verbindungen herstellt, wie dies die primären Bezugspersonen bei Kindern tun. Indem sich ein solcher »Zwischenraum entfaltet, bei dem Vertrautes und Fremdes interferieren können, brechen nicht nur Grenzen historischer, sprachlicher oder kultureller Alterität auf, sondern auch eine Fremdheit im eigenen Selbst ... Denn ein Gewahrwerden dieser inner-subjektiven Fremdheit, das Spiel mit der eigenen Differenz, gehört zur anthropologischen Voraussetzung interkulturellen Verstehens« (Gutjahr 2007, S. 151). Auch Gadamers Ausspruch enthält diese Einsicht: »Wir lernen erkennen am Fremden.«

### Emotionslogik der Entfremdung

Das Fremde ist, wie oben erläutert, das Fremde im Selbst oder das »innere Ausland«. Das Fremde steht auch für das Unbewusste, das bekanntlich nur um den Preis der Überwindung der Abwehr für das Bewusste verfügbar wird. Dabei kommt es zur Transformation eines Fremden in ein Eigenes, ebenso wie bei der Annäherung an einen Fremden. Die Ambivalenzphase der Annäherung ist geprägt durch die »Neugier auf« und »Angst vor« dem Fremden. Wenn es zur »Auseinandersetzung/Begegnung mit« dem fremden Anderen kommt, beginnt bereits der Transformationsprozess der Integration des Fremden in das Eigene. Allerdings ist dies kein linearer, sondern ein zyklischer Ablauf, bei dem die Annäherungsgefühle immer wieder durchlaufen werden bis die Integration, die »Zueigenmachung« befriedigend abgeschlossen ist. Dieser Ablauf findet ein vorzeitiges Ende, wenn die Annäherungsgefühle wie z. B. extreme Fremdenangst oder destruktive Aggression die Integration des Fremden blockieren (Abb. 1).

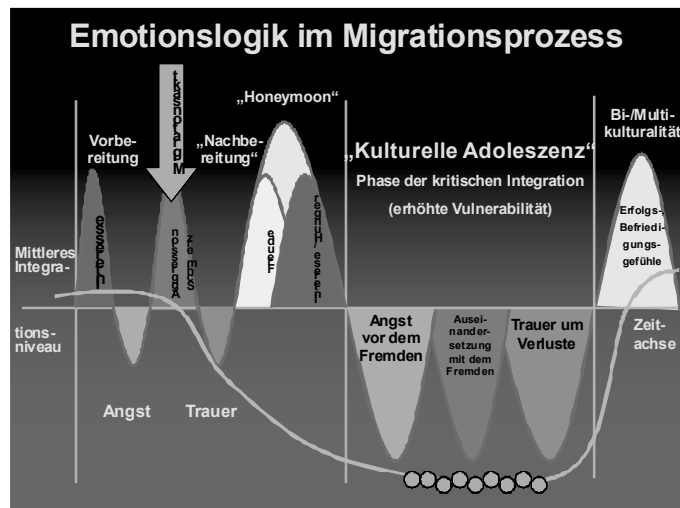


**Abb. 1: Integration vs. Abwehr des Fremden.** Die Emotionslogik der Integration des Fremden ist gekennzeichnet durch eine vollständige Dynamik mit der Folge der Weiterentwicklung der Kultur, während der Abwehr des Fremden ein frakturierter Ablauf zugrunde liegt, der zu einer Stagnation der Kultur führt.

### Der Migrationsprozess

#### Ablösung von der Ursprungskultur

Die Migrationsbewegungen im 20. Jahrhundert, dem Jahrhundert von Krieg, Vertreibung und Exil, haben viele Millionen Menschen aus Europa in andere Weltregionen disloziert. Migration hat neben solchen gewaltpolitischen auch andere »freiwillige« Motive wie soziale, ökonomische, religiöse, familiäre und individuelle. Von diesen Motiven ist die Migration als normalpsychologisches anthropologisches Phänomen seit jeher geprägt. Allen Migrationsmotiven gemeinsam sind positive Erwartungen unterschiedlichster Art auf einen Neubeginn in einem anderen Land unter besseren Bedingungen. Migrationsbewegungen haben eine typische Prozessdynamik, die im Folgenden unter dem Aspekt der »Emotionslogik des Migrationsprozesses« veranschaulicht wird (Sluzki 1979, 2001; Erdheim 1992; Machleidt & Calliess 2005, 2009; Machleidt 2007; Machleidt & Heinz 2008, 2011) (Abb. 2).



**Abb. 2: Emotionslogik im Migrationsprozess.** Bei der Emotionslogik des Migrationsprozesses lassen sich die Abschnitte der Ablösung von der Heimatkultur und die »kritische Integration« in die Aufnahmekultur unterscheiden. Der »Honeymoon« als Hochgefühl bei der Ankunft und die kulturelle Adoleszenz sind wesentliche Merkmale der Integration. Die Punkte symbolisieren Manifestationen möglicher psychischer Störungen.

musste. Das zweite Grundgefühl ist die unvermeidliche Angst vor dem Unbekannten. Diese Angst hat als eine normalpsychologische »Signalangst« die Funktion der realitätsbezogenen Bewertung und Planung, der Abwägung von Chancen und Risiken und der antizipatorischen Absicherung. Die Entdramatisierung dieser Angst vor dem Fremden und Unbekannten ist eine notwendige Voraussetzung für die Verwirklichung einer Migration. Das Bedeutsamste beim Akt der Migration ist der Trennungsschmerz, der als ein »Wachstumsschmerz« verstanden werden kann (Grinberg & Grinberg 1990) und die nachfolgende Verlusttrauer. Die Be-

gegnung mit der neuen Kultur wird als eine Art »Honeymoon« erlebt, bei der sich freudige Gefühle über die gelungene Ankunft und die Faszination an der Aufnahmekultur zu einem Hochgefühl steigern (Sluzki 2001; Machleidt & Calliess 2009) (Abb. 2).

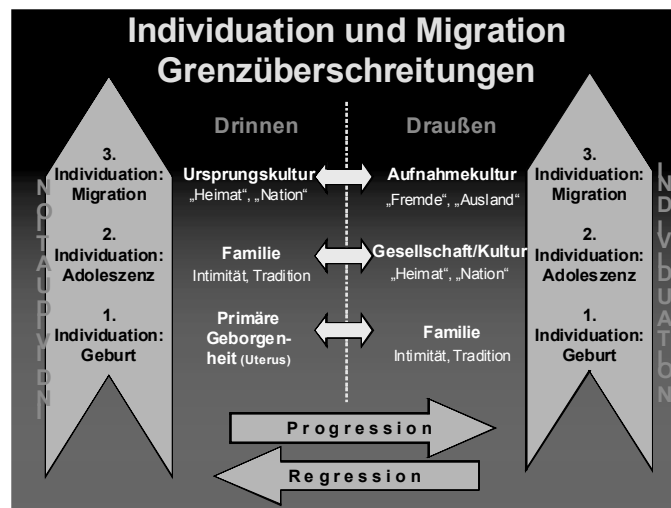
#### Integration in die Aufnahmekultur

Der Prozess der Integration in die Aufnahmekultur erfolgt genauso wie die Ablösung einer zyklischen Emotionslogik, allerdings mit anderen Akzentuierungen. Die hochgefühlige Ankunftsphase ist mit einem enor-

men Objekt-Hunger und einer großen Auf- und Übernahmbereitschaft erwünschter kultureller Objekte sowie intensiven Integrationsbemühungen verbunden. Darauf folgt eine anhaltende Periode des Ringens um die Absicherung der sozialen Existenz und der Gewinnung einer neuen kulturellen Identität. Diese »kritische Integration« ist die Phase der dritten Individuation, der sogenannten »kulturellen Adoleszenz« (s. letzter Abschnitt in diesem Beitrag), die mit einer erhöhten Vulnerabilität einhergeht und in der typischer Weise psychische Störungen auftreten können (Machleidt & Callies 2005, 2009; Machleidt 2007; Machleidt & Heinz 2008, 2011) (Abb. 2).

Besonders beeinträchtigend gestaltet sich dieser Prozess, wenn bereits bei der Ankunft im Migrationsland Diskriminierung und Prozesse der sozialen Ausschließung und Isolation greifen. Soziale Ausschließungsprozesse gehören zu den belastendsten Erlebnissen bei Menschen. Bei ausgegrenzten Minoritäten führt die soziale Ausschließung zu einer chronisch erhöhten Stressbelastung, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken kann. Je mehr »Stress« nicht mehr als Herausforderung erlebt wird oder aufgrund der Ausschließungsprozesse der Aufnahmekultur erlebt werden kann, sondern als Bedrohung, umso leichter entstehen Stresssymptome.

Es steht die familiäre und individuelle »alte« Identität infrage und eine neue »bi-kulturelle« Identität ist noch nicht gefunden. Dies ist eine Art »kultureller Obdachlosigkeit«, wo das alte Haus nicht mehr und das neue noch nicht zur Verfügung steht und die Betroffenen den Unbilden der »sozialen Witterung« ungeschützt ausgesetzt sind. Auch verursacht die Konfrontation mit der Aufnahmekultur erhebliche Ambivalenzen. Dabei können eine kontraphobische Übernahme kultureller Objekte und Verhaltensmuster unter Verleugnung der eigenen Herkunft im Sinne einer zu schnellen Progression oder das Gegenteil, ein Rückzug in die Familie als Ort des Schutzes vor den kulturellen Anforderungen, Abwehrmuster darstellen. Die Familienspielformen des Umgangs miteinander und auch zwischen den Generationen verändern sich nachhaltig häufig mit dem Ergebnis, dass Frauen/Mütter und Töchter durch bessere Anpassung eine Stärkung ihrer sozialen Position im Gegensatz zu den Männern/Vätern und Söhnen erleben (Akhtar 2007). Das erfolgreiche Betrauern von dem, was zurückgelassen wurde, erleichtert eine



**Abb. 3: Individuation und Migration Grenzüberschreitungen.** Grenzüberschreitungen zwischen dem »Drinnen« und dem »Draußen« charakterisieren wichtige Schritte in der Individualentwicklung und den Migrationsprozess als 3. Individuation und kulturelle Adoleszenz. Die Wachstumsbewegungen sind dabei als flexible Abfolge von »Regression« und »Progression« zu verstehen.

bi-kulturelle Identitätsfindung, die als gestärkte Ich-Identität erlebt wird.

Schließlich werden in der Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse die tradierten und familientypischen Stile, Regeln, Sitten, Werte und Mythen, die von der Generation der Einwanderer gepflegt wurden, von der nachfolgenden Generation, die im Aufnahmeland aufwächst, in Frage gestellt und häufig radikal verändert.

#### Migration und Individuation Die Kulturelle Adoleszenz

Die »Transitionsphase« der Migration verändert die Identität der betroffenen Individuen selbst und geht einher mit einer Entwicklungsphase, die sich als die dritte Individuation, als »Kulturelle Adoleszenz«, im Leben eines »Menschen in Bewegung zwischen Kulturen« bezeichnen lässt (Machleidt 2007; Machleidt & Heinz 2008, 2011). Mit diesem Begriff ist bewusst eine besondere Befähigung und Reifungsstufe impliziert, die Nicht-Migranten so nicht bewältigen müssen.

Der Individuationsschritt der Migration bewegt sich im Vergleich zur Adoleszenz (mit der Ablösung von den primären Bezugspersonen) auf einer abstrakteren symbolischen Ebene der Grenzüberschreitungen, mit dem Erfordernis der Ablösung von den Repräsentanten des primären »kulturellen Universums« wie der »Muttersprache«, dem

»Vaterland«, wichtigen Bezugspersonen etc. Die Bewältigung dieser Übergänge lässt sich verstehen als eine Art »Wiedergeburt« und die Überwindung des ihm innewohnenden Antagonismus zwischen Familie, Gesellschaft und Kultur. Dies bedeutet einen Neubeginn auf der Grundlage der bisher erreichten Individuation unter Verflüssigung der Struktur des Selbst als Entwicklungsanreiz. Die aus der Migration resultierenden moralischen, ästhetischen, sozio-kulturellen, professionellen und sprachlichen Individuationsanreize erfordern und fördern ein höheres Integrations- und Individuationsniveau und bieten einen Zugewinn an interkultureller Orientierung als zivilisatorischem Vorteil gegenüber Einheimischen in einer globalisierten mehrkulturellen Welt.

Die innerpsychischen »Affektstürme« infolge des »Kulturschocks« der Migration, die durch Neugier, Existenzangst, aggressives Durchsetzungsverhalten, Verlusttrauer und Triumphgefühle charakterisiert sind, gleichen in mancher Hinsicht denen der Adoleszenz – einmal abgesehen von dem psychosexuellen Entwicklungsschub. Man kann darin auch psychodynamische Resonanzen der Trennungs- und Individuationsphase der Kindheit sehen, des ersten Schrittes zur Identitätsbildung, aber auch eine erneute »Runde« der Individuation in einem kulturellen »Übergangsraum«, in dem sich Individuation reaktualisiert (Nadig 2010; Özbeck & Wohlfart 2006). Die charakterologischen Prozesse sind subtiler und komplexer im Vergleich zu den kindlichen

und Jugendlichen, da die psychische Strukturierung weitgehend erfolgt ist. Die Identitätsumformungen der Migration können so als eine Reinszenierung von Kindheits- und Adoleszenzscenarien auf höherem Niveau verstanden werden.

**Tab. 1:** Analogien zwischen den Krisen der Adoleszenz- und der »kulturellen Adoleszenz« im Migrationsprozess (Machleidt 2007)

- Wagnis eines Neubeginns
- Ablösung aus den familiären bzw. kulturellen Beziehungen/Verstrickungen
- Revision vergangener und zukünftiger Sinn- und Bedeutungstiftungen in Familie und Kultur
- Radikaler Bedeutungswandel von intimen und sozialen Beziehungen (Geschlechterverhältnis, Arbeit, Religiosität etc. im Christentum vs. Islam)
- Drang zu Grenzverschiebungen und Grenzüberschreitungen sozialer und kultureller Art
- Differenzwahrnehmung zwischen dem Eigenen und dem Fremden
- Aushalten der Spannung (»Stress«) zwischen dem Eigenen und dem Fremden und der Entstehung von etwas »Neuem« (Lernvorgänge)
- Erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen
- Aushalten und Bewältigen großer Affekte wie Begierde, Unersättlichkeit, existenzielle Ängste, Ablösungs-, »Welt-«, Wachstumsschmerz, Verlusttrauer, Faszination und Euphorie am Neuen
- »Verflüssigung« psychischer Strukturen
- Neuformierung von Selbstbild/Identität (Bi- oder Mehrkulturalität)
- Neudefinition von Rollen und Handlungsspielräumen
- Omnipotenzfantasien (Visionen, Utopien, Sehnsüchte, Wünsche) und der aggressive Drang nach Verwirklichung
- Omnipotenzfantasien als narzisstisches Regulativ (Scham, Selbstwertzweifel, Unsicherheiten)
- Klare Abgrenzung zwischen Fantasie und Realität (Selbstreflexion)
- Antagonismus zwischen Familie und Kultur als Akkulturationsanreiz und -aufgabe
- Analogie zwischen Adoleszenz und Migrationsprozess

Für Migranten wie Jugendlichen bedeutet der kritische Veränderungsprozess einen Neubeginn mit typischen Charakteristika (Tab. 1), von denen im Folgenden nur einige beispielhaft Erwähnung finden können. Neuanfänge bieten die Chance, das in der Heimatkultur zu korrigieren, was in der Familie fehlgeschlagen war bzw. was im Heimatland misslang, zu einem Erfolg im Aufnahmeland zu machen. Beide, Migranten und Jugendlichen, müssen sich aus den Beziehungen bzw. Verstrickungen in die Familie bzw. die Ursprungsgesellschaft lösen und neue Partner und Freunde gewinnen. Wie ganz selten in einer Biografie bietet sich die Chance, die eigene Vergangenheit und Zukunft aus einer neuen Individualdistanz bzw. kulturellen Neuorientierung heraus zu bewerten und frühere Sinn- und Bedeutungstiftungen zu revidieren. Dabei ergibt sich aus adoleszenter wie aus migrationspezifischer Sicht ein Bedeutungswandel in Bezug z. B. auf Beziehungsknüpfnungen, Geschlechterverhältnisse, Religiosität, Arbeit etc. Dem Jugendlichen Drang, rebellisch Grenzen zu verschieben und zu überschreiten, können Migranten in ihrem Drang gleichen, die Aufnahmekultur in ihrem Sinne zu verändern, zu erneuern, zu bekämpfen etc. Für beide, Jugendlichen wie Migranten, entsteht in ständiger Spannung (Akkulturationsstress) zwischen dem Eigenen und dem Fremden das Neue als etwas Drittes und schließlich Eigenes.

### Schluss

Für die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund ist die Kenntnis der subjektiven Entfremdungsdynamiken, der unterschiedlichen Phasen des Migrationsprozesses und der Entwicklungshintergründe für die Belastungen im Zusammenhang mit der Migration eine wegweisende Hilfe bei der Entschlüsselung der Konflikte, die Abschätzung der passenden therapeutischen Interventionen und die kompetente Beurteilung der Prognose. Die Reflexion über die theoretischen Verständniszugänge zur Migration kann eine individuelle Bereicherung sein und hat darüber hinaus einen Sinn, wenn sie mit dazu beiträgt, dass die betroffenen Menschen sich in einer für ganz unterschiedliche Erfahrungshintergründe offenen Psychiatrie besser angenommen und verstanden fühlen können.

### Literatur

- AKTAR S (2007) Immigration und Identität. Gießen: Psychosozial-Verlag
- ERDHEIM M (1992) Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. *Psyche* 46, 730–744
- GRINBERG L, GRINBERG R (1990) Die Psychoanalyse der Migration und des Exils. München/Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse
- MACHLEIDT W (2007) Die »kulturelle Adoleszenz« als Integrationsleistung im Migrationsprozess. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 9 (2), 13–23
- MACHLEIDT W, CALLIES IT (2009) Behandlung von Migranten und Transkulturelle Psychiatrie. In: BERGER (Hg.) *Psychische Erkrankungen*. München/Jena: Urban und Fischer Elsevier, S. 1119–1143
- MACHLEIDT W, HEINZ A (2008) Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: HERPERTZ SC, CASPAR F, MUNDT Ch (Hg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. München/Jena: Urban und Fischer Elsevier, S. 627–637
- MACHLEIDT W, HEINZ A (Hg.) (2011) (i. Dr.) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban und Fischer Elsevier
- MACHLEIDT W, HEINZ A (2011) (i. Dr.) Dynamische Modelle der Migration. In: MACHLEIDT W, HEINZ A (Hg.) *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Migration und psychische Gesundheit. München: Urban und Fischer Elsevier
- NADIG M (2010) (i. Dr.) Zur Dynamik transkultureller Begegnungen. In: KÜCHENHOFF B (Hg.) *Migration und kulturelle Verflechtung*. Berlin: VWB-Verlag
- ÖZBEK T, WOHLFART E (2006) Der transkulturelle Übergangsraum – ein Theorem und seine Funktion in der transkulturellen Psychotherapie am ZIPP. In: WOHLFART E, ZAUMSEIL M (Hg.) *Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg: Springer, S. 169–176
- SLUZKI CE (1979) Migration and family conflict. *Family Process*. 18 (4): 379–390
- SLUZKI CE (2010) Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: HEGEMANN T, SALMAN R (Hg.) *Transkulturelle Psychiatrie*, S. 101–115. Bonn: Psychiatrie-Verlag

### Der Autor

**Prof. Dr. Wielant Machleidt**  
 Zentrum für Seelische Gesundheit  
 Medizinische Hochschule Hannover  
 Carl-Neuberg-Str. 1  
 30625 Hannover  
 machleidt.wielant@mh-hannover.de

# Migration und psychische Gesundheit bei Spätaussiedlern in Deutschland

Autorin: Isabell Cabanski



**Zusammenfassung** Die Betreuung von Aussiedlern auf der gerontopsychiatrischen Station, wo ich arbeite, gehört mittlerweile zu meinem Arbeitsalltag. Diese Patienten werden meist aufgrund von schweren depressiven Episoden, Angststörungen, oder Suchterkrankungen u. a., bei uns aufgenommen.

Mit dem Thema »Migration« wurde ich Ende 1989 selbst konfrontiert, als ich als Aussiedlerin von Polen nach Deutschland kam. Mit der Migrationsthematik habe ich mich theoretisch allerdings bis jetzt kaum auseinandergesetzt. Vielmehr handelte ich bisher stets mehr oder weniger intuitiv. Mit den migrationspezifischen Problemen der Aussiedler aus Polen fühle ich mich vertraut. Diese Arbeit soll sich mit dem Migrationsweg- und der Problematik der Spätaussiedler aus ehemaliger Sowjetunion, den sogenannten »Russlanddeutschen« beschäftigen.

## Aussiedler, Spätaussiedler

»Aussiedler – jemand, der ein Land für dauernd verlässt« (Wahrig 1991). Als Aussiedler bezeichnete man im Bundesvertriebenengesetz bis zum 31. Dezember 1992 deutsche Minderheiten die teilweise seit Generationen in Ostmitteleuropa Osteuropa, Südosteuropa und Asien gelebt haben und nach Deutschland einwandern wollten. Seit dem 1. Januar 1993 auf gesetzlich-behördlicher Ebene wurden alle deutschstämmigen Immigrationswilligen von »Aussiedlern« in »Spätaussiedler« umbenannt.

Als Folge höchst unterschiedlicher historischer Entwicklungen bestanden auch über den Zweiten Weltkrieg hinaus größere, zusammenhängende deutsche Siedlungsgebiete – insbesondere im Gebiet der früheren Sowjetunion, der früheren Tschechoslowakei, des ehemaligen Jugoslawiens, des heutigen Polens sowie in Rumänien und Ungarn.

Die Nachkommen dieser Deutschen in Osteuropa sind berechtigt, aufgrund des »Kriegsfolgenbereinigungsgesetzes«, nach Deutschland einzureisen, die deutsche Staatsbürgerschaft zu erhalten und verschiedene Eingliederungshilfen in Anspruch zu nehmen. In § 1 des Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetzes wird ihnen, aufgrund angenommenen »Vertreibungsdrucks«, der »Vertriebenenstatus« zugeschrieben.

Aussiedler sind somit definiert durch den Vertriebenenstatus einerseits und die Zugehörigkeit zum deutschen Volk anderer-

seits und sind damit Deutsche im Sinne des Grundgesetzes (vgl. Internet; 1).

Bis Mitte der 80er-Jahre erhielten die Aussiedler nach Ankunft nach Deutschland großzügige Hilfen zum Aufbau einer Existenzgrundlage. Ab 1993 wurden diese Mittel, aufgrund des Anstiegs des Aussiedlerzuzuges, zunehmend gekürzt. Einzelne erhielten weniger, die Mittel mussten auf die größere Zahl verteilt werden. (vgl. Greiner bei Collatz & Heise 2002, S. 62).

## Die Menschen

Die Gruppe der Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion kann man in wenigstens drei weitere Gruppen unterteilen: Deutschstämmige (die eigentlichen Aussiedler), nichtdeutsche Familienangehörige und jüdische Kontingentflüchtlinge. Unter ihnen befinden sich landwirtschaftliche Arbeiter, sogenannte Kolchosbauern, Arbeiter aus den Städten und Intellektuelle. Ihre Zahl hat, nach der fast völligen Ausrottung der deutschen Intelligenzija durch den Terror Stalins, in den letzten 30 Jahren kontinuierlich zugenommen. Sie sind zum Teil die erste Generation einer neuen Schicht und weisen dadurch viele Merkmalen arbeiterbäuerlichen Herkunft auf. Alle verbindet die dokumentierte Zuschreibung zur deutschen Volkszugehörigkeit. Die blieb lebenslanglich in allen Dokumenten vermerkt und konnte nicht abgelegt werden. Dies galt auch für Menschen, die sich selbst aufgrund ihrer Sozialisation als Russen betrachteten. Dieser Stempel versperrte oft den Weg zu manchen

Berufen und Positionen in der bestehenden Gesellschaft (vgl. Rahn bei Collatz & Heise 2002, S. 197).

Für einen großen Teil der älteren Deutschen aus Russland bedeutete die Ausreise nach Deutschland das für sie wichtigste Ereignis ihres Lebens. Es war Verwirklichung eines Lebensstraums nach langer Heimatsuche, ständiger Vertreibung und gefühlter Entwurzelung.

## Zur Geschichte der Russlanddeutschen

Bereits 1652 wurde in Moskau die »Deutsche Vorstadt« gegründet, nachdem vom russischen Zaren, Iwan dem Schrecklichen, Fachleute ins Land geholt worden waren, um bei der Entwicklung des Landes zu helfen. Auch unter Peter dem Großen, in Rahmen seiner Europäisierung Russlands, dann der Zarin Katharina, erfolgte eine planmäßige Ansiedlung von Deutschen. Diese Kolonisten, zumeist Bauern, die seit 1763 nach Russland ausgewandert sind, werden als »Russlanddeutsche« bezeichnet. Die deutsche Minderheit konnte sich wirtschaftlich und kulturell in den folgenden Jahrhunderten gut entwickeln und ihre Sprache und ihre Kultur bewahren. Unter Lenins Regierung entstand dann die »Wolgarepublik«, in der die »Wolgadeutschen« Autonomiestatus erhielten. Kurz nach dem Beginn des deutsch-sowjetischen Krieges wurden alle Deutschen schließlich kollektiv der Kollaboration mit den deutschen Truppen beschuldigt und zwangsweise nach Westsibirien, Kasachstan und Mittelasien depor-

tiert. Sie wurden in Sondersiedlungen, die unter strenger Kommandantur der Staatssicherheitsorgane standen, angesiedelt und kamen teilweise in die »Trudarmia« (»Arbeitsarmee«). Das waren den Strafgefangenenlagern ähnliche Arbeitslager, die erst 1947/48 aufgelöst wurden. Die Deportation und Verbannung in den Sondersiedlungen war mit massiven Verletzungen von Menschenrechten verbunden. Viele Menschen wurden getötet, viele starben während der Deportation oder an den Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Sondersiedlungen. 1948 wurde vom Oberstem Sowjet die Verbannung der Russlanddeutschen auf »ewige Zeiten« festgeschrieben und das Verlassen der Ansiedlungsorte unter strengen Strafen gestellt. Erst Ende 1995 wurden die Beschränkungen für die deutschen Minderheiten in der UdSSR wieder aufgehoben. 1964 fand eine Teilrehabilitierung der Russlanddeutschen statt, als das Deportationsdekret von 1941 aufgehoben und der kollektiven Beschuldigung der Deutschen als Kollaborateure widersprochen wurde (vgl. Greiner bei Collatz & Heise 2002, S. 39). Die Lebenssituation der deutschen Minderheiten hat sich nach dem Zerfall der UdSSR unterschiedlich entwickelt. Vor allem in den mittelasiatischen Städten und Kasachstan sind Russlanddeutsche mit Nationalitätenkonflikten und rivalisierenden Religionen konfrontiert, die sich nicht direkt gegen deutsche Minderheit richten, sondern allgemeiner Ausdruck wachsender Fremdenfeindlichkeit als Auswirkung der Renationalisierung sind. Auch wenn die Regierung offiziell allen Bevölkerungsgruppen Minderheitenschutz garantiert, so kann sie den Menschen keinen lückenlosen Schutz bieten. So wird verständlich, dass Russlanddeutsche in diesen Regionen keine Zukunftsperspektive mehr sehen und teilweise auch eine Wiederholung ihres selbst erlebten oder durch Erzählungen in der Familie weitergegebenen Schicksals befürchten (vgl. Greiner bei Collatz & Heise 2002, S. 45).

### Abschied, Trauer und Enttäuschungen

Wenn Menschen auf der Suche nach einem besseren Leben über Grenzen gehen, dann gehen auch ihre Herzen und Seelen auf Wanderschaft und nur zu oft sind dies zwei sehr verschiedene Wege. Trauererleben ist ein wichtiges Thema bei Spätaussiedlern, die von jedem Einzelnen unterschiedlich gelebt und gestaltet werden. Das Heimweh nach den alten Orten, die Sorge um zurückgelassene Verwandte und Freunde sind

ständige Begleiter (vgl. Müller-Wille bei Collatz & Heise 2002, S. 125).

Eindrucksvoll beschreibt dies Eleonora Herdt: »Kommt die Nacht, liege ich im Bett und erinnere mich, dass meine Mutter hier liegt in dieser Erde, dass ich hier geboren bin, an der Wolga und dass ich, wenn ich sie verlasse, verlasse ich meine Vorfahren, meine Jugend, meine Kindheit. Alles was mir lieb war. Und da weine ich und sage, nein, ich fahre nicht fort. Und wenn wieder der Tag kommt und wieder das schwere Leben anfängt, dann sage ich ja, ich fahre fort.« (Danzer-Vanotti 1993, S. 29)

Vieles, was mit der Trennung zusammenhängt, wird von Aussiedlern abgespalten, man beginnt ja schließlich ein ganz neues Leben mit sicherer Perspektive. Der Schmerz wird tief im Herzen vergraben, weil ja sie sonst selbst dieser schwere Schritt der Auswanderung aus der Heimat infrage gestellt würde. Der so hoch angesetzte Wert des Deutschseins, das Glück der wiedergefundenen Heimat verliert sich zuweilen in Sorgen des Alltags. Dann taucht die Frage auf: »Was habe ich gewonnen, was habe ich verloren?« (vgl. Müller-Wille bei Collatz & Heise 2002, S. 133).

Noch im Herkunftsland hoffen viele Aussiedler auf ein friedliches Leben als Deutsche unter Deutschen, in der Nähe ihrer bereits ausgereisten Verwandten und Bekannten. Durch ihre Ausreise nach Deutschland sollte sich auch ihr schlechter Lebensstandard bessern und ihr Leben wieder eine Zukunftsperspektive erhalten. Das sind die Vorstellungen und Kenntnisse vieler Ausreisewilliger. Es wird ihnen oft verschwiegen, mit welchen Problemen die Ausreise verbunden ist. Über Integrationsprobleme, wie z. B. das Schließen von Bekanntschaften und Freundschaften außerhalb der Aussiedlerkreise, Sprachprobleme oder das Erhalten einer angemessenen Arbeitsstelle, wird kaum berichtet. Das liegt teilweise daran, dass Briefschreiber viel darüber erzählen, was es am neuen Ort alles zu kaufen gibt, und wie gut das Leben hier ist, aber nicht eingestehen möchten, auch sich selbst gegenüber nicht, dass vieles sich hier für sie sehr schwierig gestaltet. Die Konfrontation mit der Realität nach Ankunft in Deutschland führt dann in vielen Fällen zu erheblichen Enttäuschungen (vgl. Greiner bei Collatz & Heise 2002, S. 60).

### Sprachkenntnisse

Während des zweiten Weltkriegs und auch noch einige Jahre danach war Deutsch in der Öffentlichkeit in Russland verboten, sodass die heutige Elterngeneration ihre Deutschkenntnisse nur in der Familie erlernen und gebrauchen konnte. Für die heutige Jugend stellt Deutsch oft eine Sprache der Großeltern dar, die sie daher selbst häufig wenig beherrschen. Diese Situation bedeutet, dass viele Spätaussiedler nach ihrer Ankunft erst die deutsche Sprache erlernen müssen. Die sechsmonatigen Deutschkurse reichen, nach Ansicht vieler Experten, zum Spracherlernen nicht aus. Daraus entwickelt sich eine Problemspirale: Die Spätaussiedler tendieren hierdurch mehr und mehr dazu, sich wegen ihrer mangelnden Sprachkenntnisse zurückzuziehen und haben somit schlechtere Chancen, sie im Alltag erst auszubauen. Dadurch wird die Eingliederung im Arbeitsmarkt deutlich verzögert. Auch die sozialen Kontakte zu Einheimischen werden durch mangelnde Deutschkenntnisse erschwert. Die Sprachbarrieren sind auch einer der Gründe, dass Hilfsangebote im Gesundheitssystem nur unzureichend in Anspruch genommen werden (vgl. Greiner bei Collatz & Heise 2002, S. 58).

### Wohnsituation

Bis Mitte der 80er-Jahre war die Wohnsituation für Aussiedler eher unproblematisch. Nach wenigen Tagen in Erstaufnahmeeinrichtung, zur Erledigung sämtlicher Formalitäten, bezogen die neu Angekommenen nicht selten direkt eine Wohnung. Später, bei sehr starker Zunahme des Spätaussiedlerzustroms, bekamen die neu Angekommenen in einem Durchgangslager ein Übergangswohnheim zugewiesen. (Meist ein Zimmer für eine Familie mit Mitbenutzung von Küche und Sanitäranlagen.) Diese Unterbringung dauerte wegen der schwierigen Wohnungsmarktsituation bis zu drei Jahre.

Nach dem Auszug aus dem Übergangswohnheim lassen sich viele Aussiedlerfamilien dort nieder, wo im näheren Umfeld schon Verwandte oder Bekannte wohnen. Diese teilweise unter staatlicher und kommunaler Förderung entstandenen »russlanddeutschen Enklaven« sind eine der Hauptursachen für die schwierig gewordenen Integrationsprozesse (vgl. Greiner bei Collatz & Heise 2002, S. 58).

Angesichts der beschriebenen und anderen Probleme, wie z. B. die weitgehende Unplanbarkeit der Zukunft, Veränderungen von Familienkonstellationen, Abqualifizierung der erlernten Berufe und Arbeitslosigkeit ist die Lebenssituation der Spätaussiedler von Anbeginn an äußerst belastet. Dazu kommt oft eine mangelnde Wertschätzung der mitgebrachten Ressourcen, was zu Selbstwert- und Kompetenzverlust führen muss. Wenn Migration zusätzlich von traumatischen Ereignissen, wie z. B. Krieg, Folter, Misshandlungen begleitet wird, können diese als weitere belastende Faktoren für die psychische Gesundheit der Aussiedler wirksam werden.

### Situation der Jugendlichen

An dem Abend, an dem ich mich mit diesem Abschnitt beschäftigte, besuchte mich die 34-jährige Tochter meiner Freundin, die als 15-jähriges Mädchen nach Deutschland gekommen war. Als sie einen Blick auf die Seite geworfen hatte, an der ich gerade schrieb, war sie sehr berührt. Sie erzählte mir, dass sie ihre Auswanderung ganz genauso empfunden hat.

*»Ich wollte nicht mitfahren! Als ich erfuhr, dass meine Eltern die Visa bekommen haben, bin ich zu meiner Oma abgehauen. Ich wollte bei ihr bleiben. Sie sollten mich da lassen. Ich wollte meine Ausbildung als Konditorin abschließen. Ich konnte mir nicht vorstellen, meine Freundinnen zu verlassen. Ich hab nur noch geweint. Tagelang. Es war so was von schlimm. Alles so fremd. Und ich verstand nichts. Hatte keine Freunde. Fühlte mich ausgestoßen. Ich habe Jahre gebraucht, um mich einzuleben.«* Sie hat nicht geschafft, ihre Ausbildung als Konditorin zu machen. Hat keinen Beruf erlernt. Das ist weiterhin ihr Traum geblieben.

Kinder und Jugendliche waren an der Ausreiseentscheidung oft nicht beteiligt und fühlen sich als »Mitgenommene gegen ihren Willen«. Sie erleben den Verlust der Heimat, der vertrauten Umgebung und der Freunde als Bruch und Entwurzelung. Die Versprechungen der Erwachsenen nach Verbesserung können sie in vielen Bereichen nicht nachempfinden (vgl. Quasthoff bei Collatz & Heise 2002, S. 152).

In den Familien, wo angesichts der Integrationsprobleme jeder nur auf sich selbst angewiesen ist, haben es die Teenager am schwersten. Neue Sprache, neue Sitten, neue

Normen. Und das alles in schwerer Zeit der Pubertät. Viele stehen zusätzlich unter hohem Erwartungsdruck, ein erfolgreicheres Leben hier aufbauen zu müssen, da ihre Eltern als Ausreisemotiv bessere Zukunftsperspektive für die Kinder angeben (vgl. Riecken bei Collatz & Heise 2002, S. 218). Dies stellt eine enorme Herausforderung für Jugendliche dar. Die meisten schaffen es! Manche sind aber schlicht und einfach überfordert. Daraus resultierende Störungen sind: Unterforderung, Überforderung, Verzweiflung, Flucht in die Krankheit, Flucht in die Einsamkeit oder in Geselligkeit – beides mit Drogen- und Alkoholkonsum gekoppelt.

### Ressourcen

Das Thema »Migration« soll jedoch nicht nur unter Defizitgesichtspunkten behandelt werden. Kompetenzen und Ressourcen müssen ebenso wahrgenommen werden, da auf sie bei Problemen im Migrationsprozess zurückgegriffen wird. Viele Spätaussiedler, die nach Deutschland kommen, haben eine ganz besondere Standfestigkeit und eine enorme Tatkraft, die ihnen half, die Unterdrückung während der kommunistischen Regierung zu UdSSR-Zeiten und die harten sozialen Umbrüche in der »Nachwendezeit« durchzustehen. Russlanddeutsche Aussiedler haben sich über Generationen an ihrer nationalen und kulturellen Identität orientiert. Sie verfügen über ein klares Bild ihrer Gruppenzugehörigkeit und sind sich ihrer Stärken, auch über Jahre als verfolgte Minderheit zu überleben zu können, sicher. Von den Älteren sind viele, trotz jahrzehntelanger atheistischer Politikvorgaben – christlich-religiös geblieben und finden in ihrem Glauben Kraft und Mut zur Bewältigung ihrer alltäglichen Sorgen. Weitere wichtige Kraftquellen sind die starken familiären Bindungen, ausgeprägte soziale Verantwortlichkeit für die Familienmitglieder, der starke Wille, ökonomisch zu überleben, und natürlich Deutschkenntnisse, wenn vorhanden.

Die gesamte Lebenssituation erfordert von den Spätaussiedlern das Erbringen von sehr hohen Leistungen bei der Lebensgestaltung. Sie nehmen das Risiko des Fremdseins auf sich und entwickeln große Fertigkeiten, sich trotz alledem hier zurechtzufinden. Eine Leistung, die hoch zu bewerten ist (vgl. Müller bei Collatz & Heise 2002, S. 143).

Unter günstigen Rahmenbedingungen kann Migration so zu einer Erweiterung und Bereicherung der Persönlichkeit führen, da sie

gleichzeitig auch die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung zusätzlicher ökonomischer und sozialer Ressourcen bieten kann. Es erscheint mir deshalb besonders wichtig, den Migranten Hoffnung zu vermitteln und auf ihre Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen (vgl. Domenig 2007, S. 143).

### Migration und psychische Gesundheit

Die meisten der Spätaussiedler sind wissbegierige und mutige Menschen, die schon ein außerordentlich hartes Leben hinter sich haben. Einige von ihnen haben allerdings auch keine Kraft und keinen Mut mehr, ihr schwieriges Leben weiterhin selbstständig zu meistern. Sie brechen unter der Last manchmal einfach zusammen und bedürfen der psychologischen oder der psychiatrischen Hilfe, um wieder selbstständig zu werden (vgl. Welt bei Collatz & Heise 2002, S. 11).

Suchtprobleme stehen bei den seelischen Erkrankungen der Spätaussiedler deutlich im Vordergrund. Bei den häufig erschwerten Integrationsprozessen nehmen Defizite des Selbstwertgefühls zu. Diese Menschen erleben, dass ihre Normen und Werte in dem neuen und fremden Kulturkreis ihnen kaum von Nutzen sind. Eine oft selbstverständliche und am besten verfügbare Hilfe bietet hier der Alkohol. Der Konsum von Alkohol und Drogen spielt ursprünglich eine entlastende Funktion, erst durch das fortlaufende Gefühl der Zukunftslosigkeit oder gravierende Lebensereignisse, kommt es zur Verselbstständigung der Sucht (vgl. Lessmann u. a. bei Collatz & Heise 2002, S. 242).

Einige Jugendliche, die aus Kasachstan kommen, haben auch dort schon Erfahrungen mit Haschisch und Marihuana gemacht. Der Genuss großer Mengen Alkohols gehörte für viele zum täglichen Leben (vgl. Quasthoff bei Collatz & Heise 2002, S. 153).

Bei Eintritt in die Suchtbehandlung zeigen sich die Aussiedler oft auffallend skeptisch und reserviert, wobei die Sprachprobleme sicher einen wesentlichen Grund darstellen. Es wird aber auch die Angst deutlich, sich der nicht klar erkennbaren Macht von Institutionen auszuliefern. Die Erfahrungen mit Suchttherapien im Herkunftsland bilden oft eine massive Motivationsbarriere. Nachdem sie sich einmal zur Behandlung entschlossen haben, ist ihre Therapiemotivation oft von der Hoffnung getragen, man

könne sie heilen, indem sie sich passiv behandeln lassen z.B. durch Tabletten, die das Verlangen nach dem Trinken auslöschten. Auch die Vorstellung, nach einer Therapie wieder kontrolliert trinken zu können, wird oft vertreten. Mit dem erfolgreich durchgeführten Entzug ist für die meisten von ihnen die Heilung dann abgeschlossen. Nur selten kommt für sie noch eine ambulante Therapie infrage (vgl. Lessmann u. a. bei Collatz & Heise 2002, S. 244).

### **Konfliktverarbeitung und Bewältigungsstrategien**

Die bevorzugte und vertraute »Bewältigungsstrategie« von Bürgern der ehemaligen UdSSR ist die harte Arbeit. Ihre Erfahrungen hatten ihnen bis jetzt gezeigt, dass fleißige Hände alles überwinden können. Das Drama besteht darin, dass ausgerechnet dieser Weg für sie hier nicht ausreichend zugänglich ist. Die berufliche Neuorientierung war in der Sowjetunion selten erforderlich. Es wurde als Tugend angesehen, wenn jemand von seinem ersten Arbeitstag bis zur Berentung in einem Beruf gearbeitet hat. Aufgrund dessen ist für viele Russlanddeutsche die Umschulung eine sehr belastende Angelegenheit. Viele benötigen jedoch keine berufliche Neuorientierung. Sie müssen nur das Gelernte an westliche Standards und Geräte anpassen. Sie zeigen sich dann als sehr zuverlässige und fleißige Arbeiter (vgl. Rahn bei Collatz & Heise 2002, S. 206).

Durch Kontakte und Geselligkeit lassen sich für die ehemaligen Bürger Russlands viele Probleme bewältigen. Geselligkeit gehört zu russischer Mentalität. Sie ist mit gemeinsamem Essen, Trinken und Feiern, Singen und Musizieren verbunden. Christina Müller-Wille (2002, S. 125) schreibt, dass ein engmaschiges Netz von Kontakten zu Freunden, Verwandten und in der Nachbarschaft das Überleben gesichert hat. Geselligkeit, Kontakte, das Zusammentreffen von Verwandten und Bekannten haben aber auf dem neuen Boden in Deutschland oft einen bitteren Beigeschmack. Die Probleme der Integration stehen oft im Vordergrund der Gespräche (vgl. Rahn bei Collatz & Heise 2002, S. 206).

Für einen Teil der Russlanddeutschen ist darüber hinaus die Religion sehr wichtig. Viele Menschen können durch ihren Glauben Hoffnung schöpfen. Die Zugehörigkeit zu bestimmten Glaubensgruppen z.B. Mennoniten und Baptisten spielt für ihre Mit-

glieder eine große Rolle. Gegenseitige Hilfe und Unterstützung sind ein wesentliches Merkmal dieser Gemeinden (vgl. Rahn bei Collatz & Heise 2002, S. 197).

### **Integration**

Alte Integrationsmodelle erwarteten von Migranten einseitige Bemühungen in kultureller und sozialer Anpassung. Heutzutage ist Partizipation und Chancengleichheit für die Migranten das Gebot (vgl. Sauter 2006, S. 838). Integration ist dann gelungen, wenn: »Arbeit und Wohnung vorhanden sind, die meisten wichtigsten Behördengänge erledigt sind, der Einzelne sich wohl und zu Hause fühlt und sich ein neuer Freundeskreis gebildet hat.« (vgl. Rolov bei Collatz & Heise 2002, S. 102)

So gesehen, ist der Spätaussiedler integriert, wenn er sich in Deutschland als Bürger dieses Landes fühlt und am nationalen, öffentlichen und kulturellen Leben teilnimmt. Die Integrationsbedingungen werden aber nicht nur durch Gesetze bestimmt. Auch die Haltung der Einheimischen spielt dabei eine große Rolle. Für eine adäquate Integration gehört auch dazu, akzeptiert willkommen zu sein.

Integration der Migranten kann nur durch Wissen voneinander und Begegnung miteinander gelingen. Für die Akzeptanz der Aussiedler in Deutschland liegt ein Ergebnis aus der Studie des Osteuropa-Instituts vor. Dabei wurden die jugendlichen Aussiedler und einheimische Jugendliche gefragt, ob Aussiedler in Deutschland willkommen seien. Für willkommen halten sich 13,0% der Aussiedlerjugendlichen, für teilweise willkommen 50,6% und 26,9% halten sich für unerwünscht. 7,5% der einheimischen Jugendlichen sehen die Aussiedler als willkommen, 57,1% antworten mit teilweise und 29,4% sehen diese Gruppe als unerwünscht. Diese negative Einschätzung spiegelt sich auch in Arbeits- und Wirtschaftssituationen wider, wo die Spätaussiedler oft als Konkurrenten gesehen werden. Von den Einheimischen, die meist wenig Informationen über diese Zuwanderer haben, werden sie als Fremde und nicht als ihresgleichen empfunden (vgl. Greiner bei Collatz & Heise 2002, S. 60). Unter diesen Voraussetzungen tendieren die Spätaussiedler häufig dazu, die Kontakte innerhalb der eigenen Volksgruppe aufzubauen. Dabei wird die Integration dann gefährdet, wenn diese Haltung auch in nächsten Generationen weiterlebt.

Wirtschaftlich gesehen gab der Zuzug von Spätaussiedlern in einigen Gegenden, in denen es an jungen Menschen mangelte, auch positive Impulse. Gerade diese gut integrierte Mehrzahl der Aussiedler wird oft nicht wahrgenommen. Das verzerrt das Bild der Russlanddeutschen zu Unrecht ins Negative (vgl. Internet 3.).

### **Transkulturelle Kompetenz als professionelles Handeln**

Transkulturelle Kompetenz, die Fähigkeit, mit Menschen eines fremden kulturellen Hintergrundes zu kommunizieren, beruht im Wesentlichen auf Anerkennung des Fremden, und zwar auf gleicher Augenhöhe, mit Interesse und Achtung. Es ist ein Versuch, die Fremden in ihrer kulturellen Unterschiedlichkeit und gleichzeitig in ihrer Individualität kennenzulernen (Zeitschriften 1, S. 9).

Transkulturalität fordert auf, nicht nur die Unterschiede, sondern auch die Gemeinsamkeiten zu entdecken und durch gegenseitiges Aufeinanderzugehen und Verstehen, Abgrenzungen und Ausgrenzungen zu verhindern (Domenig 2007, S. 173). Transkulturelle Kompetenz bedeutet das »Entwickeln einer gemeinsamen Sprache und das Konstruieren einer gemeinsamen Realität« (Domenig 2001, S. 37).

Das Schreiben dieses Textes war für mich nicht immer einfach. Mich begleiteten zeitweise viele Emotionen und Zweifel – und auch Erinnerungen an meinen eigenen Migrationsweg. So musste ich immer daran denken, dass ich objektiv bleibe und das Eigene nicht in den Vordergrund stelle. Ich finde, dass das Thema »Russlanddeutsche« mehr Platz in der Öffentlichkeit benötigt. Meiner Meinung nach ist das Wissen der Bevölkerung über diese deutsche Minderheit zu gering. Viele Probleme der Spätaussiedler könnten, durch mehr Verständnis von Seiten der Einheimischen, geglättet werden.

Das bewusste Sich-Auseinandersetzen mit dem Thema »Transkulturelle Kompetenz« war für mich von großer Bedeutung. Ich lernte dieses Gebiet theoretisch kennen und dabei war das für mich ein Anlass, mein eigenes Verhalten ernsthaft zu reflektieren und Schlüsse für die Zukunft zu ziehen.

## Literatur

1. HAN P (2000) Soziologie der Migration. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH
2. FRECH S, MEIER-BRAUN K-H (HG.) (2007) Die offene Gesellschaft. Zuwanderung und Integration. Wochenschau Verlag
3. COLLATZ J, HEISE, T (HG.) (2002) Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung
4. SAUTER D, ABDERHALDEN C, NEEDHAM I, WOLF S (2004) Lehrbuch psychiatrische Pflege. Verlag Hans Huber
5. WAHRIG G (1991) Deutsches Wörterbuch. Bertelsmann Lexikon Verlag
6. DOMENIG D (2001) »Professionelle transkulturelle Pflege. Verlag Hans Huber
7. DOMENIG D (2007) »Transkulturelle Kompetenz«. Verlag Hans Huber
8. HEGEMANN T, SALMAN R (2010) Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie Verlag

## Schriftliche Dokumentation von Fachtagungen

1. »Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland«, Dokumentation der Fachtagung am 6. November 2003 in Köln; Hausdruckerei LVR
2. »Über Verstehen und Verständnis«, »Kultursensible Öffnung der stationären Versorgung von Migranten«, Dokumentation der 4. Psychiatrischen Fachtagung in den Rheinischen Kliniken Köln am 22.11.2006

## Internet

1. [http://www.bpb.de/themen/L2K6XA,0,0,Aussiedlermigration\\_in\\_D...](http://www.bpb.de/themen/L2K6XA,0,0,Aussiedlermigration_in_D...) 29.03.2008
2. <http://www.bpb.de/themen/WX8Z5N,2,0,Integration.html#art2> 29.03.2008
3. <http://de.wikipedia.org/wiki/Russlanddeutsche> 20.07.2008

4. <http://www.tagesschau.de/inland/meldung34348.htm/26.05.08>

## Zeitschriften

1. Soziale Psychiatrie; 10.2005; »Migration und seelische Gesundheit«; S. 9

## Die Autorin

### Isabell Cabanski

LVR-Klinik Köln  
Wilhelm-Griesinger-Str. 23  
51109 Köln  
isabell.cabanski@lvr.de

Autor: Ali Kemal Gün



## Kultursensibler Ansatz und Integrationsbeauftragter in einem Psychiatrischen Krankenhaus

**Zusammenfassung** Trotz einer fast 60-jährigen Geschichte der (Arbeits-)Migration in Deutschland und dem seit 2005 geführten Bekenntnis, ein Einwanderungsland zu sein, kann in der Bundesrepublik von einer Integration der Zuwanderinnen und Zuwanderer in die regulären Gesundheitsdienste nicht gesprochen werden.

Zwar gibt es gute Ansätze zur Verbesserung der Qualität der Versorgungsleistungen, doch sind diese noch immer defizitär und decken den vorhandenen Bedarf nicht ab. Dies gilt auch für die Kliniken des LVR (Landschaftsverband Rheinland): Auch hier haben die positiven Entwicklungen noch den Charakter von gut gemeinten Ansätzen. Interkulturelle Orientierung ist noch nicht zu einem immanenten Bestandteil der Organisationskultur geworden und stellt demnach auch keinen umfassenden strategischen Ansatz dar. So bleiben die vielversprechenden Bestrebungen bei der Förderung von einzelnen Projekten stehen und berühren die starren tieferen Strukturen nicht. Als eines der positiven Beispiele, kann der kultursensible Ansatz der LVR-Klinik Köln hervorgehoben werden. Diese hat als erste psychiatrische Klinik in der Bundesrepublik einen Integrationsbeauftragten mit den notwendigen Ressourcen ernannt. In diesem Artikel soll nach einer zusammenfassenden Darstellung der Aufgaben des Integrationsbeauftragten in einer psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichteten Klinik ausgehend von Beispielen exemplarisch gezeigt werden, welche Verbesserungsprozesse im Sinne eines interkulturellen Ansatzes in dieser Klinik erprobt werden.

## Einführung

Seit Langem wird das Thema Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland diskutiert. In Fachkreisen herrscht Einigkeit darüber, dass von einer Integration der Zuwandererinnen und Zuwanderern in die regulären Gesundheitsdienste nicht gesprochen werden kann. Ein Mangel an Integrationsleistungen ist dann festzustellen, wenn es darum geht, die Regeldienste so zu strukturieren, dass sie in der Lage sind, die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund entsprechend ihren spezifischen Bedürfnissen zu versorgen. Jordan (2000) fasst zusammen, dass unsere Strukturen im Gesundheitswesen sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der Krankenkassen zu wenig auf die spezifischen Bedürfnisse von Zuwanderern ausgerichtet sind. Die Bundeskonferenz der Ausländerbeauftragten des Bundes, der Länder und der Gemeinden erklärte zum Thema »Migration und Gesundheit«:

»Jeder Mensch hat Anspruch auf bestmögliche medizinische Beratung und Versorgung, unabhängig von Herkunftssprache und -kultur. Für Migrantinnen und Migranten trifft dies oft nicht zu. Trotz inzwischen zahlreicher und verdienstvoller Initiativen und Modellversuche ist aber eine interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen auch heute eher die Ausnahme. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist in seiner Regelversorgung immer noch unzureichend auf die Bedürfnisse von Migranten eingestellt. Sowohl aufseiten des Gesundheitswesens als auch der Migranten gibt es spezifische Probleme und Missverständnisse.« (Resolution: Bundeskonferenz der Ausländerbeauftragten 2002)

Auch die Arbeitsgruppe »Armut und Gesundheit« des Bundesministeriums für Gesundheit fordert in ihrer Empfehlung an Bund, Länder, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Krankenkassen, Bundesärztekammer, Wohlfahrtsverbände etc.: »[...] Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind generell noch zu wenig patientenorientiert. Speziell stellt dies ein besonderes Problem dar, da Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art den Zugang zur Versorgung und Information stark behindern. Sprach- und Kulturbarrieren erschweren ebenfalls Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation mit der Folge von Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen mit Drehtüreffekt und Chronifizierung

von Erkrankungen.« (Bundesministerium für Gesundheit 2001, zitiert nach Wesselman 2004, S. 21 f.)

Der bundesweite Arbeitskreis »Migration und Öffentliche Gesundheit« stellt folgendes fest: »Migrantinnen und Migranten haben Anspruch darauf, genauso gut versorgt zu werden, wie ihre deutschen Mitpatientinnen und -patienten. Aber die Krankenhäuser im somatischen, psychiatrischen und Rehabilitations-Bereich sind – bis auf wenige Ausnahmen – nicht auf die Versorgung von Menschen anderer Kulturen und Sprachen vorbereitet. Es empfiehlt sich deshalb, die Sicherung interkultureller Kompetenz – personell und organisatorisch verbindlich – in das Ablaufsystem von stationären Versorgern einzubinden.« (Wesselman u. a. 2009, S. 1 f.).

Migrantinnen und Migranten werden vonseiten des Regionalbüros Europa der WHO zu den besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen gezählt. Die Strukturen der Gesundheitsdienste tragen dazu bei, dass Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich benachteiligt sind. Dies zeigt sich insbesondere im Bereich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und in der Qualität der dort erbrachten Leistungen. Deren Verbesserung scheint die entscheidende Voraussetzung zum Abbau von Zugangsbarrieren und zur Schaffung interkultureller Öffnung<sup>1</sup> zu sein. Ohne eine interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste ist es weder möglich, die Zugangsbarrieren zu diesen Diensten zu senken noch die interkulturelle Kompetenz des Fachpersonals zu verbessern.

»Wenn die Leitungen der Institutionen der Gesundheitsdienste den Willen und die Bereitschaft zeigen, ihre Institution interkulturell zu öffnen, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interkulturell kompetent aus-, fort- und weiterzubilden und interkulturelle Ausrichtung dauerhaft, konkret und messbar zu verankern, dann wird dies auf Dauer nicht nur zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Migrantenpatienten führen, sondern wesentlich auch zu einer Verbesserung der generellen Qualität beitragen.« (Gün 2009, S. 132)

## Versorgung von Migrantinnen und Migranten in den Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR)

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) ist der größte Träger in der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW). Bereits 1997 wurde unter der Koordination der Verwaltung des LVR ein Arbeitskreis der »Integrationsbeauftragten« aus allen Kliniken sowie der Trägerverwaltung gebildet, der sich mit den besonderen Problemstellungen der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in den Rheinischen Kliniken und in der Gemeindepsychiatrie beschäftigt.

Auf Anregung der LVR-Verwaltung fand im Gesundheitsministerium des Landes NRW in Düsseldorf am 01.04.2003 ein Werkstattgespräch statt. Dort wurde die Frage verhandelt, inwieweit die gleiche Qualität in der Versorgung von einheimischen Patienten und Patienten mit Migrationshintergrund in den LVR-Kliniken gegeben ist. Ausgehend von der Feststellung, dass die Versorgung der Patienten mit Migrationshintergrund noch weit unter dem Niveau der Versorgung der einheimischen Patienten liegt, wurde angeregt, die individuell eigenen Initiativen der Kliniken, die die wichtigste Voraussetzung für eine Entwicklung angemessener Hilfen bilden, durch Koordination und Kooperation zu bündeln und zu verstärken. In dem so entstandenen Verbund soll der LVR als Träger die Bemühungen der Einrichtungen insbesondere fachlich, aber auch durch Bereitstellung von Logistik und konkreten Arbeitshilfen unterstützen und steuern.

## Verbundprojekt für die Kliniken des Landschaftsverbandes

So begann der Landschaftsverband Rheinland 2005 mit einer projektbezogenen Förderung der migrationsspezifischen psychosozialen Versorgung. Ziel dieses Projekts ist die Senkung sozialer und kultureller Zugangsschwellen zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung, die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LVR sowie die Ausbildung von interkultureller und sprachlicher Kompetenz in der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung und Behandlung, sodass letztlich die zielgruppenspezifische Betreuung verbessert wird.

Unter der Leitung der Integrationsbeauftragten der LVR-Kliniken Essen und Köln konnten inzwischen eine ganze Reihe von konkreten Arbeitshilfen für die LVR-Kliniken bereitgestellt werden. Diese sind über das *Intranet des LVR* von jedem Computerarbeitsplatz in den LVR-Kliniken abrufbar. Das Informationsangebot wird fortlaufend erweitert und aktualisiert. Es lebt dabei auch vom Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen und hat sich zu einem wertvollen *Informationspool* für die Themen Migration, Kultur und Religion entwickelt. In mehreren Befragungen wurde zudem erhoben, was die Beschäftigten der Kliniken zur Entlastung in der Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bedürfen. Auf dieser Grundlage wird versucht, weitere Arbeitshilfen zu entwickeln.

#### **Zum kultursensitiven Ansatz der LVR-Klinik Köln**

Die psychiatrische Versorgung der ca. 1 Million Kölner Einwohnerinnen und Einwohner wird von sechs Kliniken (vier Erwachsenen- und zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien) geleistet. Die Aufnahmen sind nach einer Sektorisierungsvereinbarung geregelt. Das heißt, jeder Klinik ist ein Stadtgebiet zugeordnet. Entsprechend erfolgen Klinikaufnahmen nach dem Wohnort. Die LVR-Klinik Köln – zugleich auch akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Köln – ist zuständig für rund 600 000 der Kölner Einwohner.

Lange vor den oben erwähnten Aktivitäten im LVR-Verbund hatte sich die Leitung der LVR-Klinik Köln (ehemals »Rheinische Kliniken Köln«) bereits dazu entschieden, einen kultursensiblen Ansatz in der Klinik zu etablieren. Es wurde damit begonnen, sich mit gezielten Maßnahmen auf die Bevölkerungsstruktur einzustellen. Ziel ist es, auf die Bedürfnisse der Patientengruppen eingehen zu können und die dafür notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Im Folgenden soll nun versucht werden am Beispiel der LVR-Klinik Köln einige Aspekte eines kultursensitiven Ansatzes zusammenfassend darzustellen.

#### **Einrichtung des Amtes eines Integrationsbeauftragten<sup>2</sup>**

Als erste psychiatrische Klinik in der Bundesrepublik wurde in der LVR-Klinik Köln ein Integrationsbeauftragter mit entsprechenden Ressourcen ernannt. Dies war ein Zeichen für die Bereitschaft, sich auf einen Veränderungs- und Anpassungsprozess einzulassen. Die Benennung von Integrationsbeauftragten und die Definition ihrer Aufgabenbereiche ist als erster Teil eines wichtigen Schritts zur Umsetzung eines migrantengerechten Behandlungsansatzes zu sehen. In der LVR-Klinik Köln war damit der Weg für eine tiefer gehende Umstrukturierung geebnet, welche die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund berücksichtigt.

#### **Die Aufgabenbereiche von Integrationsbeauftragten**

Die Aufgaben von Integrationsbeauftragten in psychiatrisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Kliniken sind vielfältig. Die Frage, welche Aufgabenbereiche Integrationsbeauftragte haben sollen, kann nur ausgehend von der spezifischen Situation in der jeweiligen Klinik bzw. Versorgungsinstitution, der Patientenstruktur und dem Versorgungsschwerpunkt beantwortet werden. Es kommt u. a. darauf an, ob es sich um eine somatische oder psychiatrische bzw. psychotherapeutisch ausgerichtete Klinik handelt.

Bei der Tätigkeit der Integrationsbeauftragten handelt es sich um Leistungen, die im Hinblick auf die Integration von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund von den Kliniken im Rahmen der Regelversorgung zu erbringen sind und Prinzipien der Ressourcen- und Bedarfsorientierung sowie der Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit berücksichtigen (vgl. Wesselman 2004). Dies sind strukturelle Qualitätsmerkmale, welche das Krankenhaus in die Lage versetzen, wettbewerbsfähig zu bleiben und sich – auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gesehen – langfristig viele Vorteile zu verschaffen. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass sich die Investition zur Verbesserung der Strukturen auf diesem Gebiet auf Dauer positiv auch auf die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik bzw. Institution auswirkt. Darüber hinaus sind dies unverzichtbare Inhalte im Rahmen des weiteren Zertifizierungsprozesses (z. B. KTQ-Zertifizierung).

Die nachfolgend beschriebenen Aufgabenbereiche beinhalten selbstverständlich nicht alle Aspekte, die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund von Bedeutung sind. Diese müssen im Laufe der Tätigkeit vielmehr prozesshaft entwickelt werden. Im Folgenden wird nun versucht, anhand von einigen Beispielen mögliche Aufgabenbereiche eines/einer Integrationsbeauftragten in einer psychiatrisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Klinik skizzenhaft zu beschreiben:

- Angebot von internen Fort- und Weiterbildungen für das Fachpersonal zum Erwerb interkultureller Kompetenzen
- Einführung und Überwachung einer klinikinternen Statistik zur Erfassung migrantenrelevanter Daten
- Übersetzung von Formularen und Informationsmaterialien in relevante Fremdsprachen
- Erstellung von Listen mit migrantenrelevanten ambulanten und stationären Angeboten
- Aufbau eines Dolmetschernetzes
- Organisation eines internen Arbeitskreises »Qualitätszirkel Integration«
- Sprachkurse für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten
- Erstellung und Aktualisierung von internen Fremdsprachenlisten
- Systematische Erfassung der in der Klinik vorhandenen Ressourcen
- Unterstützung bei der Erstellung von Stationskonzepten in Hinblick auf die damit verbundenen migrantenspezifische Aspekte
- Sprechstunde für interkulturelle Fragen
- Interkultureller Konsildienst
- Kollegiale Einzel- und Teamsupervision
- Schaffung von zielgruppenspezifischen Angeboten für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige
- Aufbau einer Fachbibliothek mit interkulturellen Inhalten
- Aufbau und Aktualisierung eines Intranetportals
- Teilnahme an klinikinternen Gremien
- Beratung des Klinikvorstandes bzw. des QM-Teams
- Mitwirkung bei der allgemeinen Stellenplanung
- Entwicklung von Umstrukturierungsvorschlägen für die Klinik sowie für Vor- und Nachsorgeeinrichtungen zur Verbesserung der migrationspezifischen Angebotsstrukturen
- Beratungs- und Vermittlungsdienst für stationäre und ambulante Therapieange-

bote sowie komplementäre Nachsorgeeinrichtungen

- Entwicklung von Qualitätskriterien und einer Checkliste zur Überprüfung bzw. Evaluierung der Interkulturalität
- Vertretung der Klinik in kommunalen und bundesweiten migrationspezifischen Gremien und Arbeitskreisen
- Forschungstätigkeit zu migrantenrelevanten Themen
- Öffentlichkeitsarbeit zur Schaffung von Transparenz als Grundhaltung der Klinik hinsichtlich der Interkulturellen Öffnung und Interkulturellen Kompetenz

Bei den oben erwähnten Aufgabenbereichen handelt es sich um Qualitätsmerkmale, die mittel- und längerfristig zur Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen sollen. Die Erfüllung dieser Aufgaben ist nur dann möglich, wenn die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden und die Integrationsbeauftragten mit eindeutigen Kompetenzen ausgestattet werden. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Tätigkeit von Integrationsbeauftragten eine Querschnittsaufgabe ist und der Erfolg u. a. auch davon abhängt, ob dieser von der Leitungsebene beabsichtigt und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen wird. Das heißt, dass auf der einen Seite das Vorhandensein eines Problembewusstseins und die Bereitschaft zur Verbesserung der Strukturen auf der Leitungsebene und auf der anderen Seite die Überzeugung von der Vorteilhaftigkeit der Maßnahmen seitens des Fachpersonals gegeben sind. Diese Verbindung ist wesentlich für die Frage, ob Integrationsbeauftragte ihre Tätigkeiten sinnvoll umsetzen können. Einige Kliniken (z.B. die LVR-Klinik Köln, das Krankenhaus München Schwabing, die Psychiatrische Klinik Bad Hersfeld, das VITOS Klinikum Gießen-Marburg) haben gute Erfahrungen mit der Einstellung bzw. Ernennung von Integrationsbeauftragten gemacht und diese Erfahrungen können sicherlich – mit je individuell unterschiedlichen Schwerpunkten – auf andere Kliniken übertragen werden. Der Erfolg der Integrationsarbeit hängt davon ab, ob die Tätigkeit der Integrationsbeauftragten mit der entsprechenden Legitimation als integrierter Bestandteil der Versorgungsstruktur fest verankert wird und ob sie über entsprechende Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten verfügen.

**Zur Umsetzung des kultursensiblen Ansatz in der LVR-Klinik Köln**

Einer der Aufgabenbereiche des Integrationsbeauftragten besteht darin, die Datenlage in Bezug auf die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu verbessern. Schon die Veränderung des Datenerhebungsverfahrens brachte in der LVR-Klinik Köln eine völlig neue Wahrnehmung unserer Patientenstruktur mit sich. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund betrug im Jahr 2008 den Zahlen der Basisdokumentation entsprechend 2,7%. Da dieser Anteil weit entfernt von unserer gefühlten Wahrnehmung war, haben wir die Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund in einer gesonderten Abfrage im Rahmen einer Stichtagserhebung erfasst. Ergebnis war, dass an jenem Tag 29,6% der Patienten nach den Kriterien des Mikrozensus einen Migrationshintergrund hatten (Stichtagserhebung am 16.04.2008). Am 21.07.2010 hatten nach unserer Erhebung 34,2% der Patientinnen und Patienten in unserer Klinik einen Migrationshintergrund (siehe Tabelle).

Wenn man diese Zahlen mit den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Köln (31,6%) vergleicht, dann kann man davon ausgehen, dass unsere Klinik von Migrantinnen und Migranten annähernd entsprechend ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung in Anspruch genommen wird.

**Tab. 1: Migranten in der LVR-Klinik Köln am Stichtagserhebung vom 21.07.2010**

	%
Abt. I (AP)	38,8
Abt. II (AP)	36,1
Abt. IV (Sucht)	30,2
Abt. V (Geronto)	9,1
ohne Forensik	30,2
Abt. VI (Forensik)	43,9
gesamt	34,2

In diesem Zusammenhang muss hinzugefügt werden, dass ohne gesicherte Daten über die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund weder Zugangsbarrieren aufgezeigt bzw. nachgewiesen werden noch die bestehenden Versorgungskonzepte den speziellen Bedürfnissen von Migranten angepasst werden können. Daher sollte in jedem Regeldienst ein internes Datenerhebungsverfahren, das Auskunft über die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund gibt, eingeführt und vor

allem über die Zeit weiter gepflegt werden. Die zu erfassenden Daten werden selbstverständlich je nach Art und Schwerpunkt der Einrichtung variieren. Generell sollten jedoch nach Möglichkeit folgende Daten erfasst werden: Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Religionszugehörigkeit/Konfession, Geburtsland, Geburtsland der Eltern, Muttersprache, Muttersprache der Eltern, Deutschkenntnisse/Einschätzung des Grads der Deutschkenntnisse etc. Diese Form von differenzierten Datenerhebungsverfahren ist jedoch auch in unserer Klinik bzw. im LVR noch nicht der Fall.

Im Folgenden soll nun, ausgehend von einigen wenigen Beispielen, exemplarisch gezeigt werden, welche Verbesserungsprozesse im Sinne eines interkulturellen Ansatzes in unserer Klinik erfolgreich erprobt werden.

In einem klinikinternen *Intranetportal* werden den Beschäftigten der Klinik alle relevanten Informationen wie z.B. Dolmetscherlisten, eine Liste mit Sprachkenntnissen des Klinikpersonals, eine Liste der ambulanten/komplementären Dienste, Berufsbetreuerlisten, eine Liste von Reha- und Psychosomatik-Kliniken mit fremdsprachigen Angeboten, ein kommunaler Gesundheitswegweiser, Arbeitshilfen zu migrantenspezifischen Hintergrundinformationen wie etwa zu Essgewohnheiten und Religion, nützliche Links, klinikinterne Informationsmaterialien, Fragebögen, interne Fort- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen Themen, klinikinterne Angebote, übersetzte Formulare und Aufklärungsbögen, Listen von kultursensitiven ambulanten und stationären Angeboten, fremdsprachigen Patienteninformationen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungen usw. bereitgestellt. Dadurch soll den Beschäftigten der Klinik die alltägliche Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund erleichtert werden. Es wird versucht, diese Seite mit der Zeit weiter auszubauen und sie auf den neuesten Stand zu halten. In einer internen Umfrage (s. u.) gaben 68,7% unserer Beschäftigten an, das klinikinterne *Intranetportal* des Integrationsbeauftragten regelmäßig in Anspruch zu nehmen.

Ein klinikinterner multiprofessioneller Arbeitskreis, der »Qualitätszirkel Integration« (QZI), erarbeitet Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und entwickelt realisierbare Vorschläge zu (strukturellen) Veränderungen. Der Quali-

tätskreis setzt sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Mitarbeitern des Pflegepersonals und Klinikseelsorgern aus allen Abteilungen zusammen. Der QZI arbeitet nach einer vom Klinikvorstand genehmigten Geschäftsordnung und hat einen wichtigen Stellenwert bei der Umsetzung eines kultursensiblen Ansatzes in der Klinik.

Neben den Möglichkeiten, einen *interkulturellen Konsildienst* und *kollegiale Supervision* bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in Anspruch zu nehmen, besteht für die Beschäftigten der Klinik das Angebot, in einer wöchentlich stattfindenden *Sprechstunde*, Fragen, die sich bei der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten ergeben, zu erörtern und konkrete Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Insbesondere bei Schwierigkeiten in der Behandlung bietet sich die Hinzuziehung von Kolleginnen und Kollegen an, die interkulturell kompetent sind und sich mit den sprachlichen, kulturellen, ethnischen und religiösen Besonderheiten der zu behandelnden bzw. betreuenden Patienten auskennen. Dies stellt eine gute Möglichkeit dar, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Zudem bereichert und fördert der kollegiale Austausch die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie des gesamten Teams.

Auch die feste Verankerung von *interkulturellen Supervisionen* für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, in denen Themen behandelt werden, welche die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund betreffen, ist von großer Bedeutung. Dies kann in Form einer team-, bzw. fallbezogenen Supervision angeboten werden und dazu dienen, kulturspezifische Besonderheiten der Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kulturen, Ethnien und Religionen besser verstehen und behandeln zu können.

Zusätzlich zu der Inanspruchnahme von professionellen und interkulturell geschulten Dolmetscherdiensten, wird auf die systematisch erfassten, in der Klinik vorhandenen sprachlichen und kulturellen Ressourcen zurückgegriffen. In unserer Klinik wird seit den 90er-Jahren eine *interne Fremdsprachenliste* geführt, welche regelmäßig aktualisiert wird. Die interne Fremdsprachenliste umfasst über 150 Beschäftigte mit ihren

Kenntnissen in über 30 Sprachen. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn z.B. Not-situationen vorliegen, und das Heranziehen eines professionellen Dolmetschers aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht möglich ist. 78,6% der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter halten die Bereitstellung einer internen Fremdsprachenliste für besonders nützlich und hilfreich.

Zudem ist der Integrationsbeauftragte der Klinik maßgeblich an der Herausgabe des »Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten« beteiligt. Auch dieser wird in unserem Intranet allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich gemacht. Ferner haben die Beschäftigten unserer Klinik die Möglichkeit, auf eine Liste mit professionellen Dolmetschern sowie Berufsbetreuer mit Fremdsprachenkenntnissen in der Region zurückzugreifen. Alle genannten Listen werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert, ergänzt und verbessert.

Ausgehend von der Annahme, dass Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund nicht nur von muttersprachlichem Fachpersonal behandelt werden können, muss mittel- und kurzfristig dafür gesorgt werden, dass das gesamte Fachpersonal zur Erlangung von interkulturellen Kompetenzen aus-, fort- und weitergebildet wird. Daher sind interkulturelle Themen allmählich zu einem festen Bestandteil der *internen Fort- und Weiterbildungscurricula* geworden. Es wurden bisher Themen wie z.B. »Interkulturelle Kompetenz«, »Psychisch krank in anderen Kulturen«, »Islam und Krankheit«, »Kulturspezifische Aspekte bei der Behandlung der Migrantinnen und Migranten und Stellenwert der traditionellen Heiler in der Migration«, »Besonderheiten bei der Pflege von Russlanddeutschen«, »Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen«, »Familienstruktur der Türkeistämmigen«, »Familienstruktur im Wandel und dessen Konsequenzen«, »Sprachliche, kulturelle und ethnische Missverständnisse in der therapeutischen Behandlung von Migranten«, »Migranten-spezifische Anamneseerhebung«, »Therapeutische Aspekte bei der Behandlung der Migrantinnen und Migranten« angeboten. Auf unserer jährlich stattfindenden Fachtagung sind ein Vortrag sowie ein Workshop zu interkulturellen Themenbereichen feste Bestandteile des Gesamtprogramms. In Anbetracht des bestehenden Bedarfs können zwar diese Angebote nicht als ausreichend betrachtet werden, doch weisen sie auf eine positive Entwicklung hin. Wichtig wäre z.B.

die Implementierung von interkulturellen Themen in den Curricula, die bei der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verwandt werden.

In der *Patienten- und Fachbibliothek* wird auf Interkulturalität und Mehrsprachigkeit geachtet. In der Patientenbibliothek sind Bücher in fünf Sprachen vorhanden. In der Fachbibliothek werden Bücher und Fachzeitschriften mit interkulturellen Inhalten gesammelt und die Liste im Intranet veröffentlicht. Beide Bereiche werden stetig ausgebaut.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die interkulturelle Öffnung einer Klinik nur dann gelingen kann, wenn diese Aufgabe auf der Leitungsebene angesiedelt sowie im Leitbild der Klinik fest verankert ist und von den Beschäftigten mit voller Überzeugung angenommen wird. Für die Realisierung von migrantenspezifischen Behandlungsansätzen reichen guter Wille und Toleranz nicht aus. Erforderlich ist ein von den Gesetzgebern, den Trägern und den Betriebsleitungen bzw. Vorständen der Kliniken vor Ort gewollter, unterstützter und genehmigter Behandlungsansatz, der von den Mitarbeitern aktiv mitgetragen und umgesetzt wird. Voraussetzung hierfür ist zunächst, dass auf allen Ebenen ein Problembewusstsein besteht.

Ausgehend von der durch Beobachtungen im Klinikalltag entstandenen Vermutung, dass die kultursensible Haltung der Leitung bei den Beschäftigten in unserer Klinik nur bedingt angekommen zu sein schien, wurde eine umfangreiche Umfrage durchgeführt. Erfasst werden sollte unter anderem, was die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund benötigen, welche Veränderungen und Ergänzungen im Versorgungsalltag ihnen sinnvoll erscheinen, um die Qualität der Versorgung der Migranten zu verbessern. Eine ausführliche statistische und inhaltliche Auswertung der Antworten ist noch in Bearbeitung.

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass 50% der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angaben, mit Migrantpatienten Verständigungsschwierigkeiten – insbesondere sprachlicher Art – zu haben und dies als besonders belastend empfinden. Als Entlastung würden sie empfinden, wenn die im täglichen Gebrauch benötigten Formulare, Frage- und Aufklärungsbögen in die relevanten Sprachen übersetzt werden könnten. Interessant ist, dass 70,5% der an

der Umfrage Beteiligten die Frage nach der »Teilnahme an Fort- und Weiterbildung mit Themenschwerpunkt ›Interkulturalität/›Interkulturelle Kompetenz« mit »Nein« beantworteten.

Dies scheint ein wichtiges Indiz für einen dringenden Handlungsbedarf zu sein. Die Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs und eine interkulturelle Öffnung kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Kliniken dafür sorgen, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine entsprechende interkulturelle Kompetenz verfügen. Die Organisation von klinikinternen Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Erlangung interkultureller Kompetenzen für das Fachpersonal ist daher unumgänglich.

Eine umfangreichere Darstellung der Kriterien, die für die interkulturelle Öffnung einer psychiatrischen Klinik erforderlich sind, findet sich bei Gün, A.K. (2009). »Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste«. In: Yesim Erim: Klinische Interkulturelle Psychotherapie, Ein Lehr- und Praxisbuch. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009.

#### Anmerkungen

1 »Unter ›interkultureller Öffnung‹ wird hier die Anpassung der Institutionen der Regeldienste an die Erfordernisse einer multikulturellen, multiethnischen und multireligiösen Gesellschaft

verstanden. Dies setzt einen als Gesamtstrategie angelegten mittel- und langfristigen Prozess der Organisations- und Personalentwicklung voraus. Dabei geht es nicht darum, zum Abbau der einzelnen Zugangsbarrieren pragmatische, sachbezogene Lösungen zu finden, sondern die Entwicklung und Umsetzung eines generellen Veränderungsprozesses in die Wege zu leiten. Interkulturelle Öffnung muss zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Organisationskultur werden und einen umfassenden strategischen Ansatz beinhalten.« (Gün 2009, S. 121)

2 Zur Erörterung der Frage der Notwendigkeit einer Einrichtung von Integrationsbeauftragtenstellen sei an dieser Stelle auf ein weiteren Artikel des Autors verwiesen: Gün, A.K. (2009): »Erfordernis und Aufgaben von Integrationsbeauftragten in der stationären Versorgung«. In: Christiane Falge/Gudrun Zimmermann (Hg.) Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des »Zentrum für europäische Rechtspolitik« an der Universität Bremen (ZERP). Band 51, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2009. S. 157–170

#### Literatur

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2001) Empfehlungen der Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit, Migration und gesundheitliche Versorgung. Dokument der Fachtagung »Fremdsein und Gesundheit«. Bonn  
GÜN AK (2009) Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste. In: ERIM Y: Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr-

und Praxisbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 118–134

JORDAN E. (2000) Grußworte und Statements. In: GARDEMANN J, MÜLLER W, REMMERS A (Hg.) Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf. S. 22

RESOLUTION (2002) Resolution: Die Bundeskonferenz der Ausländerbeauftragten des Bundes, der Länder und der Gemeinden am 28./29.Mai 2002 in Wolfsburg zum Thema: »Migration und Gesundheit«

WESSELMAN E, LINDEMAYER T, LORENZ AL (2004) Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der Klinikinterne Dolmetscherdienst. Mabuse-Verlag

WESSELMAN E, GÜN AK, KOCH E (2009) Kompetente Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus benötigt eine(n) Migrations-/Migranten/- oder Integrationsbeauftragte(n). Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Die Beauftragter der Bundesregierung für Migration, Integration und Flüchtlinge.

#### Der Autor

**Dr. Ali Kemal Gün**

*Dipl.-Psych./Psychologischer Psychotherapeut, Integrationsbeauftragter  
LVR-Klinik Köln  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universität zu Köln  
Wilhelm-Griesinger-Str. 23  
51109 Köln  
a.k.guen@lvr.de*

Autoren: Marcel Sieberer, Iris Tatjana Calliess, Wielant Machleidt, Stefan Maria Bartusch und Marc Ziegenbein



## Spannungsfeld psychiatrische Begutachtung von Migranten, Flüchtlingen und Asylsuchenden

**Zusammenfassung** Bei der psychiatrischen Begutachtung von Migranten wird der Gutachter mit Schwierigkeiten konfrontiert, die weit über ein etwaiges sprachliches Verständigungsproblem mit dem Probanden hinausgehen. Oftmals wird dem psychiatrischen Gutachter im Spannungsfeld zwischen Probanden, Ausländerbehörden, Rechtsanwälten und Richtern sowie dem Gesundheitssystem eine Schlüsselposition zugeschrieben. Daraus erklärt sich, dass die Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur mit interkulturellen Besonderheiten und speziellen juristischen, medizinischen und diagnostischen Problemen konfrontiert, sondern auch gesellschaftspolitische und ärztlich-ethische Implikationen aufweist. Die komplexe Thematik und die damit verbundenen hohen fachlichen Anforderungen an den Gutachter bringen mit sich, dass entsprechende Qualitätsmerkmale und Standards bei der Begutachtung von Migranten beachtet werden müssen. Nur so können eine hohe Begutachtungsqualität gewährleistet und formale Gutachtenmängel oder diagnostische Fehlbeurteilungen mit ihren weitreichenden Folgen vermieden werden.

### Einleitung

Bei der psychiatrischen Begutachtung von Migranten wird der Gutachter mit Schwierigkeiten konfrontiert, die weit über ein etwaiges sprachliches Verständigungsproblem mit dem Probanden hinausgehen. Oftmals wird dem psychiatrischen Gutachter im Spannungsfeld zwischen Probanden, Ausländerbehörden, Rechtsanwälten und Richtern sowie dem Gesundheitssystem eine Schlüsselposition zugeschrieben. Daraus erklärt sich, dass die Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur mit interkulturellen Besonderheiten und speziellen juristischen, medizinischen und diagnostischen Problemen konfrontiert, sondern auch gesellschaftspolitische und ärztlich-ethische Implikationen aufweist. Die komplexe Thematik und die damit verbundenen hohen fachlichen Anforderungen an den Gutachter bringen mit sich, dass entsprechende Qualitätsmerkmale und Standards bei der Begutachtung von Migranten beachtet werden müssen. Nur so können eine hohe Begutachtungsqualität gewährleistet und formale Gutachtenmängel oder diagnostische Fehlbeurteilungen mit ihren weitreichenden Folgen vermieden werden. In den letzten Jahren sind deshalb von verschiedenen Seiten Mindeststandards für Gutachten auf asyl- und ausländerrechtlichem Hintergrund formuliert worden (Gierlichs et al. 2002, Haenel 2000, Sieberer et al. 2008 a).

Im folgenden Beitrag werden die Hauptproblemfelder von Begutachtungen im interkulturellen Feld mit dem Schwerpunkt asyl- und ausländerrechtlicher Zusammenhänge aufgezeigt und einige relevante Aspekte für die Begutachtungspraxis unter Berücksichtigung grundlegender Qualitätsmerkmale solcher Gutachten dargestellt.

### Grundvoraussetzungen und Anforderungen an den Gutachter

Die Gutachtaufträge entstammen überwiegend asyl- und ausländerrechtlichen, sozialmedizinischen beziehungsweise gerichtlichen oder strafrechtlichen Zusammenhängen. Obwohl die Zahl neuer Asylanträge in Deutschland seit Mitte der 1990er-Jahre kontinuierlich gesunken ist (BAMF 2009), haben psychiatrische Begutachtungen in asyl- und ausländerrechtlichen Fragen auch in den letzten Jahren zahlenmäßig weiter zugenommen. Eine wahrscheinliche Ursache dafür ist, dass die Gutachten überwiegend im Rahmen von Revisionsverfahren nach abgelehntem Asylantrag oder in Asylfolgeverfahren in Auftrag gegeben werden und damit zu einem Zeitpunkt, zu dem sich die Migranten bereits mehrere Jahre in der BRD aufhalten (Sieberer et al. 2008 b).

Die psychiatrische Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund ist mit er-

höhten Anforderungen an den Gutachter verbunden. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind neben speziellen Kenntnissen in den rechtlichen Grundlagen asyl- und ausländerrechtlicher Verfahren umfassende klinische Erfahrungen, insbesondere in der Psychotraumatologie sowie Kenntnisse über beziehungsweise eine Sensibilität für interkulturelle Besonderheiten erforderlich. Vor Annahme eines Gutachtauftrags muss der Gutachter im Einzelfall prüfen, ob er diese Voraussetzungen im Hinblick auf die Fragestellung und die interkulturellen Aspekte des individuellen Falls erfüllt. Der Gutachter sollte sich zur Vorbereitung auf das Gutachten nach Durchsicht der Akten über die politische Lage und die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in dem jeweiligen Herkunftsland des Probanden informieren. In der praktischen Gutachtertätigkeit haben sich dabei als verlässliche und zugleich nützliche Informationsquellen das Auswärtige Amt ([www.auswaertiges-amt.de](http://www.auswaertiges-amt.de)), die WHO ([www.who.int](http://www.who.int)), das UNHCR ([www.unhcr.de](http://www.unhcr.de)), das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ([www.bamf.de](http://www.bamf.de)), der Informationsverbund Asyl ([www.asyl.net](http://www.asyl.net)) und das European Country of Origin Information Network ([www.ecoi.net](http://www.ecoi.net)) bewährt. Die Einholungen solcher Informationen dient dabei dazu, ein Grundverständnis für kulturelle Unterschiede zu erwerben und die Exploration des Begutachteten zu erleichtern. Ohne geeignete Hintergrundinformationen sind

die Angaben des Begutachteten zu möglicherweise krankheitsrelevanten persönlichen Erfahrungen und den Bedingungen und Ereignissen im Herkunftsland oftmals wenig verständlich oder seitens des Gutachters auch nur unzureichend in den entsprechenden Kontext einzuordnen. Auch die Seitens der Gerichte häufig gestellte Frage nach den Behandlungsmöglichkeiten einer psychischen Erkrankung im Herkunftsland kann nur mit entsprechender Kenntnis der soziokulturellen Voraussetzungen und der medizinischen Versorgungslage im jeweiligen Herkunftsland fundiert beantwortet werden. Andererseits kann nicht vorausgesetzt werden, dass sich der medizinische Gutachter ein Expertenwissen über Details der gesellschaftlichen und politischen Lage im jeweiligen Herkunftsland und zum fraglichen Zeitraum aneignet. Es geht eher darum, den Dialog für alle Beteiligten des Gutachtenprozesses zu erleichtern, ein Grundverständnis für die individuelle Situation des Begutachteten herzustellen und damit die kultursensible Haltung des Gutachters zu schärfen.

### Praxis der Begutachtung

#### Methodische Standards und Diagnostik

Der formale Aufbau eines Gutachtens ist ein augenfälliges Gütekriterium und für die beauftragenden Gerichte auch deshalb nicht nebensächlich. Die Gliederung sollte sich im Wesentlichen an den allgemeinen Kriterien für wissenschaftlich begründete Gutachten orientieren:

1. Auftraggeber
2. Quellenverzeichnis
3. Fragestellung und Hypothesen
4. Vorgeschichte anhand der Aktenlage und nach den Angaben des Probanden
5. Untersuchungsbefunde
6. Diagnose und Differenzialdiagnostik
7. Diskussion, Beurteilung und Prognose
8. Beantwortung der Gutachtenfragestellung
9. Literaturangaben

Im diagnostischen Prozess sollte – unter Verwendung der in den einschlägigen Diagnosemanualen (ICD-10 und DSM-IV-TR) aufgeführten Kriterien mit den erhobenen Befunden fachlich plausibel verknüpft und unter differenzialdiagnostischen Erwägungen – die logische und nachvollziehbare Herleitung eines genau definierten Krankheitsbildes vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang wird auch eine Stellungnahme zum Grad der

Wahrscheinlichkeit hinsichtlich der kausalen Genese der Störung erwartet. Die Diagnose-darlegung sollte eine kritische Auseinandersetzung mit festgestellten Widersprüchen, Steigerungen oder früheren Unwahrheiten beinhalten. Durch die beauftragenden Gerichte werden psychiatrische Gutachten über Migranten besonders bei einer mangelnden Auseinandersetzung mit Zweifeln an den Angaben der Probanden und mit der Wahrscheinlichkeit der Diagnose oder alternativen Ursachen bemängelt (Sieberer et al. 2008 b). Die Möglichkeit anderer als verfolgungsbedingter Traumatisierung und nicht verfolgungsbedingter Alternativursachen sollte daher auch diskutiert werden. Besonderes Augenmerk muss auf die Reaktionsweisen sowie Verhaltensweisen des Betroffenen im Kontext traumatisierender Erfahrungen gelegt werden. Für die Beurteilung der Authentizität und Stimmigkeit der Schilderungen hinsichtlich ihres realen traumatisierenden Charakters können solche spontanen affektiven Äußerungen aber auch Traumschilderungen von diagnostischer Bedeutung sein.

Um die diagnostische Einschätzung zu validieren, empfiehlt es sich, neben dem explorativen Gespräch auch testdiagnostische bzw. -psychologische Verfahren anzuwenden. Aufgrund der häufig bereits im Vorfeld vermuteten psychischen Folgen von Traumatisierung liegt der Fokus auf Instrumenten der Traumadiagnostik. Neben strukturierten Interviews zur diagnostischen Klassifikation (z. B. SKID-PTBS) können auch Selbstbeurteilungsfragebögen (z. B. IES, PDEQ oder PTSS-10) eingesetzt werden. Allerdings ist einschränkend anzumerken, dass diese Instrumente häufig nicht als Übersetzungen in der jeweiligen Sprache vorliegen und vor allem nicht interkulturell validiert sind.

Wenn die Frage nach Vorliegen einer psychischen Störung gemäß den genannten diagnostischen Standards positiv beantwortet wurde, sollte sich in der Regel eine Beurteilung zur Therapienotwendigkeit und den bestehenden -möglichkeiten anschließen. Auch sollte in dem Gutachten auf eventuell bestehende Rehabilitationsmöglichkeiten und die Prognose der festgestellten Erkrankungen eingegangen werden.

#### Das Setting der Begutachtung

Die generellen Schwierigkeiten des *Settings* bei psychiatrischen Gutachten sind dem praktizierenden Gutachter hinlänglich bekannt. Vor allem, wenn die Gutachten

durch Gerichte oder behördliche Stellen in Auftrag gegeben werden, kommen die Probanden häufig mit widerstrebenden Gefühlen zur Begutachtung. Im Zusammenhang mit Gutachten im asyl- und ausländerrechtlichen Kontext werden Vorbehalte, Sorgen und Ängste des Probanden besonders wirksam. Eventuell bestehende Ängste und ein Misstrauen des Probanden können dabei durch Verständnisprobleme, die eine fremde Sprache und eine andere kulturelle Herkunft mit sich bringen, und durch die häufig weitreichende Bedeutung, die das Ergebnis des Gutachtens für den Probanden haben kann sowie die negativen Erfahrungen, die der Proband möglicherweise bereits mit Institutionen und Behörden gemacht hat, verstärkt werden. Der Gutachter ist deshalb darauf angewiesen, unter den genannten Voraussetzungen in möglichst kurzer Zeit einen vertrauensvollen Kontakt zu dem Probanden herzustellen, damit dieser in der Exploration die diagnostisch erforderlichen Angaben machen und möglichst unbefangen über das Erlebte berichten kann, was letztlich auch Grundlage der gutachterlichen Bewertung ist. Beispielsweise lässt sich der Zugang zu dem Probanden oftmals schon dadurch erleichtern, dass man begleitende Familienangehörige zu Beginn mit in den Raum bittet und anhört, bevor man den zeitlichen Ablauf der Begutachtung skizziert und die Gründe dafür, dass die Begutachtung nicht im Beisein der Familie stattfinden kann, verständlich erläutert (Hausotter & Schouler-Ocak 2007).

Um die Grenzen zwischen sachverständigem Gutachter und therapeutisch wirkenden Arzt zuverlässig einzuhalten, muss allerdings während des Begutachtungsprozesses gleichzeitig eine objektivierende Distanz eingehalten werden. Häufig wird der Gutachter aber gerade bei der Begutachtung von Migranten mit starken Emotionen des Probanden konfrontiert, aus denen nicht selten auch ein Hilferuf formuliert wird. Hier einerseits eine neutrale Haltung zu bewahren und andererseits dem Probanden nicht den Eindruck zu vermitteln, dass die dargestellten Sachverhalte und Befindlichkeiten in der geäußerten Form nicht verstanden, anerkannt oder berücksichtigt werden, gerät zuweilen zu einem Balanceakt. Viele Menschen, die im Rahmen von asyl- und ausländerrechtlichen Fragestellungen begutachtet werden, entstammen einem Kulturkreis und sozialen Schichten, in denen die Rolle eines Arztes grundsätzlich anders definiert ist. Die Funktion des Gutachters ist meistens noch weniger vertraut und setzt häufig Befürch-

tungen und Ängste frei, zum Teil aber auch unrealistische Erwartungen. Hier kommt es im Gutachtenprozess häufig zu unbewussten Übertragungsprozessen, die berücksichtigt werden müssen, um Missverstehen, Fehldeutungen oder ein Verschweigen bzw. Überhören von wichtigen Aspekten zu vermeiden (Henningsen 2003). Es ist auch zu berücksichtigen, dass betroffene Migranten bis zum Zeitpunkt der Begutachtung zum Teil schon mehrjährig bürokratischen und juristischen Auseinandersetzungen ausgesetzt waren. Mit Achtsamkeit sollte wahrgenommen werden, auf welche Weise der Proband das notwendige Vertrauen in die Objektivität und Kompetenz des Gutachters entwickeln kann, um möglichst frei von zusätzlicher Angst und Misstrauen seine Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Vorgeschichte machen zu können. Dies gilt insbesondere für die innere Bereitschaft traumatisierter Patienten, über entwürdigende Misshandlungen zu sprechen. Es sollten deshalb mehrere Untersuchungstermine stattfinden (etwa drei bis fünf über jeweils zwei bis drei Stunden).

Dem Probanden sollten zu Beginn der Begutachtung nicht nur die Form und Fragestellung des Gutachtens, sondern auch die Rolle und Funktion des Gutachters ausführlich und gleichermaßen verständlich erläutert werden. Es sollten die folgenden Punkte angesprochen werden:

- Stellung des Gutachters zum Auftraggeber (Unabhängigkeit)
- Neutralität und Objektivität des Gutachters
- Grundzüge der beruflichen Qualifikation des Gutachters
- Rolle des Gutachters im Gutachten und im Verfahren als Sachverständiger (und nicht als Behandler oder juristischer Entscheidungsträger)

Für die körperliche Untersuchung darf als selbstverständlich gelten, dass der Untersucher einen Arztkittel trägt und dass Probandinnen von Frauen bzw. Probanden von Männern untersucht werden. Sollten Hinweise auf eine sexuelle Missbrauchserfahrung vorliegen, ist aus naheliegenden Gründen anzuraten, dass auch die psychiatrische Exploration durch einen Gutachter bzw. eine Gutachterin gleichen Geschlechts durchgeführt wird.

Der Gutachter arbeitet darauf hin, unter den besonderen Bedingungen der Untersuchungssituation einen vertrauensvollen Kontakt herzustellen und den szenischen

Narrationen des Probanden die erforderlichen biografischen und diagnostischen Informationen zu entnehmen. Eingangs sollte er seine Rolle im Rahmen des Begutachtungsauftrages erläutern.

#### Dolmetscher – mehr als ein Sprachrohr?

In der Exploration müssen oft Sprachbarrieren überwunden werden, sodass ein Dolmetscher hinzugezogen werden muss. Dolmetscher im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext sehen sich mit einer Vielzahl teils widersprüchlicher Erwartungen konfrontiert (Salman 2002). Als »kulturelle Brücke zwischen Majorität und Minorität« sollen sie einerseits zu sprachlicher und kultureller Verständigung verhelfen. Andererseits sollen sie professionelle Grenzen wahren und lediglich »Sprachrohr« der Beteiligten sein, ohne mit den Probanden in einen eigenen Dialog zu treten. Das Gelingen eines guten, verständlichen und effektiven Gesprächs zwischen Proband, Dolmetscher und Gutachter hängt von der Einhaltung gewisser Regeln ab und einer vorbereitenden Schulung (in Hannover z.B. über das Ethno-Medizinische Zentrum e.V., [www.ethnomedizinisches-zentrum.de](http://www.ethnomedizinisches-zentrum.de)).

Regeln für den Dolmetschereinsatz (Salman 2006):

1. Mit dem Dolmetscher sollte ein Vor- und Nachgespräch geführt werden. Dies erleichtert dem Dolmetscher die Abgrenzung, die Wahrung der Neutralität und die Reflexion der Übertragungen vor dem eigenen Migrationshintergrund.
2. Neutralität gehört neben der Kompetenz, wörtlich und inhaltlich genau, kommentarlos und unparteiisch zu übersetzen, zu den wichtigsten Fähigkeiten eines Dolmetschers. Der Einsatz von Verwandten oder Freunden des Probanden ist aus diesen Gründen abzulehnen.
3. Der Einsatz gleichgeschlechtlicher Dolmetscher ist anzustreben.
4. Der Dolmetscher darf nicht ethnisch bedrohlich sein.
5. Altersunterschiede zwischen Dolmetscher und Proband sollten nicht zu groß sein.
6. Kontinuität in den Gesprächsbeziehungen durch das Heranziehen von Dolmetschern, mit denen bereits positive Erfahrungen erzielt wurden, ist sinnvoll.
7. Dolmetscher, die neben ihren Sprachkenntnissen nicht über ausreichendes kulturelles Hintergrundwissen verfügen, erschweren die Begutachtung.

Dolmetscher mit eigenen traumatisierenden Erfahrungen sollten bei der Begutachtung von traumatisierten Migranten nicht eingesetzt werden. Als Sitzposition wird nach neueren Überlegungen die Form eines gleichschenkligen Dreiecks bevorzugt und den Dolmetscher als »Dritten im Raum« zu betrachten (Kluge & Kassim 2006). Dies ist insbesondere auch dann sinnvoll, wenn etwa zu befürchten ist, dass der Befragte auf den Dolmetscher auch in seiner transkulturellen Vermittlerposition stärker angewiesen ist, weil er sonst unter Umständen nicht vertrauensvoll berichten kann oder wenn sich politisch Verfolgte oder Folteropfer durch eine mehr dialogische Gesprächssituation (s. o.) unter Umständen an Verhör-situationen erinnert fühlen könnten. In der interkulturellen Psychotherapie wird nicht zuletzt durch die Untersuchungen von Kluge und Kassim heutzutage ohnehin schon eine triadische Gesprächskonstellation zwischen Therapeut, Patient und Dolmetscher propagiert (Kluge & Kassim 2006).

#### Die kulturspezifische Anamnese

Wenn es um die Begutachtung von Menschen aus anderen Kulturen geht, trifft man hauptsächlich auf die Schwierigkeiten sprachlicher Verständigung, behördlicher Bedingungen (z.B. Abschiebungsandrohung), gegenseitigen Fremdheitsgefühls sowie kultur- und sozialgebundener Verhaltensmodi (Koptagel-Ilal 1999). Der letztgenannte Punkt verweist auf den kulturellen Bezugsrahmen, der dem Gutachter für die korrekte psychopathologische Bewertung von Erscheinungen, Symptomen und der Falldefinition bekannt sein muss (s. Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren im Anhang F des DSM-IV). Eine kulturspezifische Anamnese sollte neben einer systematischen Betrachtung des kulturellen Hintergrunds des Probanden die Rolle, die der kulturelle Kontext im Ausdruck und bei der Bewertung von Symptomen und Funktionsstörungen spielt und den Einfluss, den kulturelle Unterschiede auf die Beziehung zwischen Untersucher und Betroffenen haben können, klären. Zusätzlich bieten kulturbezogene Bewertungen eine Gelegenheit, die kulturelle und soziale Bezugsgruppe des Individuums zu beschreiben und zu erfassen, inwieweit der kulturelle Kontext für die Evaluation insgesamt relevant ist. Angaben zu Zeiten und Orten orientieren sich mehr an Jahreszeiten, religiösen Festen und lokalen geografischen Gegebenheiten. Das »Wir« ist erläuterungsbedürftig. Es kann sich auf die

Familie, die Landsleute oder das eigene Volk beziehen.

Die kulturspezifische Anamnese umfasst in Anlehnung an den Anhang F des DSM-IV die Anamnesebereiche *kulturelle Identität, kulturelle Erklärungen für die Erkrankung, psychosoziale Umgebung und Funktionsbereiche, kulturelle Elemente der Arzt-Patient-Beziehung und kulturelle Einflüsse auf Diagnose und Therapie*.

**Besondere Aspekte:**

**Traumatisierung und Suizidalität**

Untersuchungen zur Häufigkeit von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) unter Asylbewerbern in Deutschland sprechen für eine Prävalanz von ca. 40% (Brune 2000). In einer eigenen Analyse von psychiatrischen Gutachten in asyl- und ausländerrechtlichen Kontexten lag bei 74% der begutachteten Migranten eine PTBS vor (Sieberer et al. 2008 b). Die häufigste Ursache für posttraumatische Störungen bei Flüchtlingen und Migranten in Westeuropa sind Erfahrungen von sogenannter *organisierter Gewalt*. Hierunter fallen Folter, Unterdrückung, Geiselhäft, Kriegshandlungen und andere Formen politisch, religiös, ethnisch oder anderweitig weltanschaulich begründeter Gewalt (Brune 2000). Als typische Zeichen, die auf eine PTBS hinweisen, sind das anhaltende Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (z. B. in Form von Nachhallerinnerungen, *flash-backs*), ein andauerndes Vermeiden traumaassoziierter Reize sowie Symptome des erhöhten Arousal (Übererregung) zu nennen. Diese Symptome müssen im Gutachten nicht nur für die diagnostische Einordnung berücksichtigt werden, sondern sie können neben den häufig begleitenden Konzentrations- und Gedächtnisstörungen auch die Exploration an sich erheblich erschweren oder schlimmstenfalls unmöglich machen.

Ein weiteres häufiges Erschwernis bei der Begutachtung von Migranten ist Suizidalität und die gelegentlich gestellte Frage nach dem Risiko des Auftretens von Suizidalität im Falle der Abschiebung in das Herkunftsland. In einer kürzlich durchgeführten retrospektiven Analyse von Migrantengutachten bestand bei über der Hälfte der Begutachteten Suizidalität, wobei 27,6% der Probanden bereits einen Suizidversuch hinter sich hatten und für über 20% der Betroffenen Suizidalität im Abschiebefall prognostiziert wurde (Sieberer et al. 2008 b).

**Rechtliche Aspekte**

Im Rahmen der medizinischen Begutachtung ist häufig auch die Frage nach vorliegenden Abschiebehindernissen aus gesundheitlichen Gründen zu beantworten. Ein Abschiebehindernis kann anerkannt werden, wenn die Abschiebung in den Zielstaat für den Betroffenen eine wesentliche oder lebensgefährliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeutet. Typische Abschiebehindernisse bestehen zum Beispiel in einer drohenden Retraumatisierung oder einer fehlenden Behandlungsmöglichkeit im Zielstaat (Leonhardt 2008) (s. u. Fallbeispiel). Mögliche negative Folgen für die Gesundheit des Betroffenen durch den Abschiebeprozess sind ggf. als *inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis* zu würdigen. Ein typisches inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis ist Suizidalität, wenn sie in einer drohenden Abschiebung begründet ist.

Im psychiatrischen Gutachten kann und sollte die Frage beantwortet werden, ob der Proband die Beschwerden in glaubhafter Form vorbringt, oder ob konkrete Hinweise auf eine Simulation oder Aggravation vorliegen. Das Vorliegen einer traumassozierten Symptomatik oder Erkrankung rechtfertigt nicht im Umkehrschluss die Annahme, dass das Trauma auch tatsächlich in der vom Probanden geschilderten Form eingetreten ist. Hervorgehoben werden muss, dass der psychiatrische Gutachter nicht die Kompetenz und deshalb auch nicht die Pflicht hat den faktischen Nachweis für das Traumaereignis zu führen. Das ist Aufgabe des Gerichts. Er fungiert als Experte für die psychische Befindlichkeit des Probanden, ggf. als Folge eines Traumas. Erklären sich scheinbare Widersprüche oder Lücken in der Schilderung der Ereignisse aus psychiatrischer Sicht störungsspezifisch, sollte im Gutachten ausdrücklich auf die häufig beobachteten Zeitgitterstörungen, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen bei traumatisierten Menschen hingewiesen werden. In jedem Fall sollten aber die Grenzen des klinisch-erfahrungswissenschaftlichen Rahmens eines psychiatrischen Gutachtens eingehalten und nicht in Richtung eines aussagepsychologischen Gutachtens überschritten werden (Leonhardt 2008).

**Fazit für die Praxis**

– Die Begutachtung von Migranten erfordert vom Gutachter eine kultursensible Herangehensweise sowie besondere Kenntnisse

in rechtlichen Grundlagen und der Psycho-traumatologie.

- Asyl- und aufenthaltsrechtliche Verfahren konfrontieren den Gutachter nicht nur mit medizinischen und juristischen, sondern auch mit ärztlich-ethischen Belangen.
- Für einen erfolgreichen Gutachtenprozess sind kulturspezifische Adaptationen des gutachtlichen Settings vorzunehmen.
- Meistens ist der Einsatz eines qualifizierten Dolmetschers erforderlich, wobei diesem als »kulturelle Brücke« im Setting eine entsprechende Rolle zugewiesen werden sollte.
- Das Wissen über die kulturelle Identität, die kulturspezifischen Erklärungsmodelle für die Erkrankung und die psychosoziale Umgebung sowie die kulturellen Einflussfaktoren auf die Beziehung von Gutachter und Proband ist für das Verständnis der vorgebrachten Beschwerden und deren korrekte diagnostische Einordnung und Bewertung unverzichtbar.
- Es existieren Mindestanforderungen an Gutachten über Migranten zur Qualitätssicherung und Weiterqualifizierung der Fachkollegen als Gutachter und zur Vermeidung von häufigen Gutachtenmängeln.

**Literatur**

BRUNE M (2000) Posttraumatische Störungen. In: HAASEN C, YAGDIRAN O (Hg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus-Verlag, S. 107–124

BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (BAMF) Aktuelle Zahlen zu Asyl. [www.bamf.de](http://www.bamf.de), Erscheinungsdatum: 14.05.2009 unter [http://www.bamf.de/clin\\_092/nn\\_442496/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Downloads/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.html](http://www.bamf.de/clin_092/nn_442496/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Downloads/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.html)

DIAGNOSTISCHES UND STATISTISCHES MANUAL PSYCHISCHER STÖRUNGEN, DSM-IV (1996) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie

FISCHER G, RIEDESSER P (2009) Lehrbuch der Psycho-traumatologie. 4. Auflage. Stuttgart: UTB Verlag

GÄBEL U, RUF M, SCHAUER M, ODENWALD M, NEUNER F (2006) Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Z Klin Psychol Psychother 35: 12–20

GIERLICHS HW, HAENEL F, HENNINGSSEN F U.A. (2002) Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren), ([www.dgpt.de/news/news.html](http://www.dgpt.de/news/news.html))

HAENEL F (2000) Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihre Bedeutung

bei der Begutachtung chronischer psychischer Traumafolgen. *Med Sach* 96: 84–87

HAUSOTTER W, SCHOULER-OCAK M (Hg.) (2007) Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund unter medizinischen und psychologischen Aspekten. München, Jena: Urban und Fischer Verlag, S. 89 ff.

HENNINGSSEN F (2003) Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. *Psychoanalytische Perspektiven*. *Psyche* 57: 97–120

KOPTAGEL-LAL G (1999) Kulturelle Aspekte der Begutachtung – der Stellenwert soziokultureller Hintergründe in Begutachtungsprozessen. In: COLLATZ J, HACKHAUSEN W, SALMAN R (Hg.) *Begutachtung im interkulturellen Feld*. Berlin: VWB

KLUGE U, KASSIM N (2006) Der Dritte im Raum. In: WOHLFAHRT E, ZAUMSEIL M (Hg.) *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie*. Heidelberg: Springer, S. 177–199

LEONHARDT M (2008) Psychiatrische Begutachtung bei asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren. In: VENZLAFF U, FOERSTER K (Hg.) *Psychiatrische Begutachtung*. 4. Auflage, München: Urban und Fischer Verlag

MACHLEIDT W: Gutachten 2006 und 2007 im Auftrag des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichts Lüneburg (Az: 11 LB 398/05 und 1 A 2458/04)(unveröffentlicht)

Niedersächsisches Oberverwaltungsgericht Lüneburg. Urteil vom 26.6.2007 (Az: 11 LB 398/05 und 1 A 2458/04)

SALMAN R (2002) Sprachliche, kulturelle und migrationspezifische Hintergründe psychosozialer und psychiatrischer Praxis. In: MAUTHE JH (Hg.) *Informationsgesellschaft und Psyche*. Königslutter: Asept Verlag

SALMAN R (2006) Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: HEGEMANN T, SALMAN R (Hg.) *Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. 3. Auflage; Bonn: Psychiatrie-Verlag Bonn

SIEBERER M, CALLIESS IT, ZIEGENBEIN M (2008 a) Psychiatrische Begutachtung von Migrantinnen und Migranten. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 10 (2): 41–47

SIEBERER M, LÜBBE G, WERRY C, ZIEGENBEIN M, CALLIESS IT (2008 b) Eine retrospektive Analyse von Migrantengutachten und dazugehörigen Gerichtsurteilen. *Nervenarzt* 79 (suppl 4): 427

#### Die Autoren

##### **Dr. Marcel Sieberer**

*Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
sieberer.marcel@mh-hannover.de*

##### **PD Dr. Iris Tatjana Calliess**

*Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
calliess.iris@mh-hannover.de*

##### **Prof. Dr. Wielant Machleidt**

*Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
wielant.machleidt@mh-hannover.de*

##### **Dr. Stefan Maria Bartusch**

*Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
bartusch.stefan@mh-hannover.de*

##### **Prof. Dr. Marc Ziegenbein**

*Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
ziegenbein.marc@mh-hannover.de*

**ANZEIGE**

**ALICE SALOMON**



**HOCHSCHULE BERLIN**  
*University of Applied Sciences*

**Berufsbegleitender Zertifikatskurs**

**»Psychosen verstehen  
- psychosoziale Hilfe gestalten -  
Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern«**

in Kooperation mit der Charité und dem  
Berliner Überregionalem Symposium für Psychosenpsychotherapie

Der Zertifikatskurs richtet sich an Berufstätige, die in der psychosozialen Begleitung von Menschen mit psychotischer Erkrankung arbeiten. Ziel der Weiterbildung ist es, Hintergrundwissen zu Psychosen interdisziplinär zu erwerben, Einfühlung und Verständnis für „psychotisches Erleben“ zu fördern, psychosoziale Interaktionsdynamiken zu verstehen und eine bedürfnisangepasste psychosoziale Begleitung zu ermöglichen.

**Seminarzeitraum: 17.12.2010-12.11.2011**  
**Anmeldefrist: 05.11.2010**  
**Informationen:**  
Horst Goedel, Tel.: 030/99 245 353  
E-Mail: [goedel@ash-berlin.eu](mailto:goedel@ash-berlin.eu), [www.ash-berlin.eu/zfwb](http://www.ash-berlin.eu/zfwb)



## Tagungsbericht: »Mann über Bord«

Bericht über die bundesweite Fachtagung »Segel setzen« zur Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland vom 8. bis 10. Juli in der Medizinischen Hochschule Hannover

### Leinen los!

Zurückgekehrt von einem Segeltörn soll ich schon wieder »Segel setzen«? Natürlich will ich das Ereignis nicht verpassen: Das erste Treffen aller Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) in Deutschland. Die letzten 31 Jahre (plus ein Jahr Berufspraktikum) habe ich in Berlin in SpD gearbeitet. Warum sind wir –, warum bin ich nicht längst auf diese Idee gekommen? Lediglich auf Berliner Ebene haben wir jährliche Treffen zustande gebracht. Oder täusche ich mich? Heinrich Bergers legendärer, bei Lambertus erschienener Band »Sozialpsychiatrische Dienste« war meiner Ansicht nach der einzige Versuch einer Synopse, eines Überblicks. Und natürlich die von Hermann Elgeti initiierte Serie in den Sozialpsychiatrischen Informationen. »Wie geht es eigentlich den Sozialpsychiatrischen Diensten in X-Land?«; das wollte man schon lange wissen, und oft erfuhr man Erstaunliches. Hermann Elgeti war es nun auch, der mehrere Veranstalter an einen Tisch brachte, und dem dieses bahnbrechende Ereignis zu verdanken ist. Schon vorab wurde den Teilnehmern ein Sonderband »Hart am Wind« zugeschickt mit der kompletten Serie und weiteren Unterlagen. Ein erster Hinweis auf einen durchweg perfekten Tagungsservice.

Kleine Crews machen sich bundesweit auf den Weg in die Medizinische Hochschule Hannover. Glücklicherweise, wer ein klimatisiertes Transportmittel erwischt, und glücklich wir alle, weil die Räume der MHH angenehm temperiert sind. Immer wieder sind kleine Zeitfenster für Begegnungen eingebaut. So beginnt die Tagung mit einer Freistunde für die Anmeldung, Kaffee und Kuchen und »Come together«. Fremd sind mir viele Kolleginnen und Kollegen, vertraut die vielen Weggefährten aus der DGSP. Viele von uns haben sich seit Jahren nicht gesehen.

Marc Ziegenbein begrüßt als Hausherr und gibt einen kurzen Überblick über die Psychiatrie an der MHH. Matthias Albers spricht ein Grußwort für den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und macht eine erste Vorgabe: Hauptaufgabe der SpDi ist die Versorgung derjenigen, die von der Regelversorgung nicht erfasst werden. Ein erstes Mal wird das maritime Bild strapaziert: Egal wie sich das Schiff fortbewegt, Hauptsache die Richtung stimmt. Das Grußwort des niedersächsischen Ministeriums entfällt, was manche empört, die meisten nicht weiter wundert.

Renate Schernus tritt als erste Referentin vor das Auditorium, vor die »Speerspitze teilhabeorientierter Sozialarbeit«, wie sie vermutet. Sie spricht zu den aktuell angesagten Begriffen Inklusion und Exklusion. Gibt uns die UN-Behindertenrechtskonvention tatsächlich Rückenwind? Frau Schernus bevorzugt den Begriff der Gerechtigkeit, inklusive Anspruchs- und Schutzrecht, und viele nicken zustimmend. Doch wie sieht die Realität aus? Es gibt kritische Worte zum Sozialpsychiatrischen Dienst in Bielefeld und ein Gedicht von Marie von Ebner-Eschenbach. Segeln wir etwa im Kreis?

### Das Schiff

*Das eilende Schiff,  
es kommt durch die Wogen  
wie Sturmwind geflogen;  
voll Jubel ertönt's vom Mast und vom Kiele:  
»Wir nahen dem Ziele!«  
Der Fährmann am Steuer  
spricht traurig und leise:  
»Wir segeln im Kreise.«*

Die Ökonomisierung führt zu einer Fixierung auf abrechenbare Leistungen. Sie nennt den Fall einer 86-jährigen Frau, deren Hilfebe-

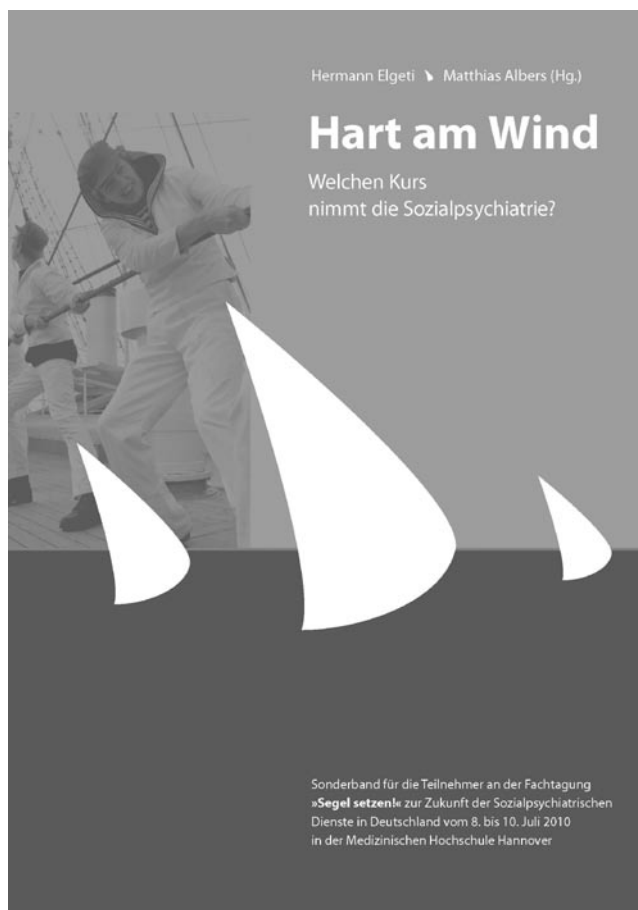
darf nicht nur nach Minuten, sondern nach Sekunden abgerechnet wurde! Durch den ständigen Effizienzdruck entsteht Demoralisierung. Sie rät uns zur Beteiligung an den vielen Aktionsgruppen zur Umsetzung der UN-Konvention, z. B. im Rahmen der Soltauer Initiative. Es ist unsere Aufgabe, denjenigen, die nicht schwimmen können, Rettungsringe zuzuwerfen. Sie möchte uns nicht im Kreis segeln lassen, sondern gibt uns den Taufspruch des ersten Rettungskreuzers der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger auf den Weg: »*Fahre, Schiff, Du tapf'rer Retter, durch der Stürme böses Wetter, zu dem Bruder, der in Not, bis Dein Helfen sich ihm bot – dass als großes Vorbild bliebe: Tapferkeit und Menschenliebe.*«

Jörg Holke von der Aktion Psychisch Kranke tritt mit gefühlten Hundert Power-Point-Folien an das Pult. Die Strukturen geraten in Bewegung, er sitzt im Auge des Hurrikans, so scheint es uns. Mit der weißen Bibel der »Empfehlungen der Expertenkommission« ging es los, und 1990 mit der PsychPV und 1997 mit dem personenzentrierten Ansatz weiter. Und nun? Holke arbeitet alle aktuellen Baustellen ab: Krankenhausfinanzierung, Integrierte Versorgung, Medizinische Reha, Soziale Teilhabe, Pflege und Patientenrechte. Er gibt kurze Infos zu den Problemlagen und aktuellen Entwicklungen und konkrete Hinweise zu den Auswirkungen auf die SpD. Das Publikum folgt hoch konzentriert. Doch wer nicht fest im Sattel des sozialpolitischen Diskurses sitzt, wird abgeworfen. Das ist schade, denn Holke weiß einfach alles, und viele Hinweise sind für uns überaus brisant. So berichtet Holke, dass infolge der UN-Konvention bei Unterbringungen keine Behandlung gegen den Willen des Patienten möglich ist, wenn eine entsprechende Patientenverfügung vorliegt. Unterbringung ja, Behandlung nein? Die UN-Behindertenrechtskonvention

zum Schutz von Menschen mit Behinderung bringt uns trotz Klimaanlage zum Schwitzen.

Nach der Pause folgt ein Statement von Christian Harig vom hannoverschen Verein Psychiatrie-Erfahrener. Er plädiert frei und leidenschaftlich für die Sozialraumorientierung und für Inklusion und demonstriert dies am Beispiel der Menschen mit Migrationshintergrund. Rose-Marie Seelhorst beschließt diesen ersten Tag mit einem fundierten Beitrag aus der Perspektive der Angehörigen; die Sozialpsychiatrischen Dienste werden von ihr gewürdigt, aber auch kritisiert: Sie seien einfach zu wenig bekannt, das müsse sich ändern.

Wie viele Tagungsteilnehmer direkt in die heißen Hotelbetten fielen, ist der Chronistin nicht bekannt. Sie stellt wieder einmal fest, dass jedes Freibad nach Kindheit riecht und klingt – auch in Hannover. Und zwischen den autistischen Spätschwimmern, die ihre Bahnen ziehen, grübele ich: Kann man überhaupt im Kreis segeln? Eine entsprechende SMS an die weitersegelnde Verwandtschaft wird abgesetzt.



### Das Tüpfelchen auf dem SpDi

Der Freitag ist als Herzstück der Tagung der zentralen Binnenperspektive gewidmet. Heute drehen wir uns um uns selbst. Familienaufstellung. In vier Beiträgen, powerpointgestützt, werden die großen Clans, die Regionen vorgestellt. Die meisten Referenten orientieren sich an der folgenden Gliederung: Gibt es ein Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)? Freie oder kommunale Trägerschaft, Hoheitsrechte ja oder nein? Für welche Zielgruppen ist der SpD(i) zuständig, was gehört zu seinen Pflichtaufgaben? Wo sind sie festgelegt?

Über Norddeutschland spricht Wolfram Beins. In Hamburg haben fast alle Sozialpsychiatrischen Dienste eine kooperierende Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), im »Bremer Modell« sind die SpDi integriert in Tagesklinik und PIA und sind Teil der Klinik. Natürlich werden alle hellwach, wenn es um die personelle Ausstattung geht. Doch die Unterschiede sind zu groß, um alles über einen Kamm zu scheren. Herr Beins nennt das Fachpersonal pro 100 000 Einwohner: 3,1 in Hamburg, 7 in Bremen, 2,8 in Schleswig-Holstein, 3,6 in Niedersachsen. Probleme gibt es vor allem in den großen ländlichen Regionen. Hier gibt es zu wenig

Fachärzte und keine Dienste für Kinder und Jugendliche. Die klinischen Bereiche und die großen Trägerverbände dominieren die Versorgung. »Outsourcing« von Leistungen wird gefürchtet.

Regine Krause-Döring ist die Leiterin des Gesundheitsamtes Leipzig und berichtet ganz zuversichtlich über Sachsen und Thüringen. Mit einer Fachkraft pro 25 000 Einwohner für Sozialpsychiatrische Dienste und Kontaktstellen sei man ganz gut ausgestattet – gewesen. Die Verwaltungsreform führe zu negativen Tendenzen. Es gibt ein Schema mit Aufgaben und Punktwerten, die mit Geld unterlegt sind. Der Geldwert der Punkte wurde abgesenkt – nennt man das nicht Inflation? Auch alle psychosozialen Leistungen werden koordiniert. Mit dem System der Polikliniken war bereits eine gute entsprechende Struktur vorhanden. Auch in Ostdeutschland sterben die Fachärzte auf dem Lande aus.

Steffi Draba hat die Darstellung von Sachsen-Anhalt übernommen. Sie arbeitet seit 2001 in Halle; die junge, sympathische Ärztin wirkt zunächst sehr optimistisch, schildert dann aber eindringlich den dramatischen Rückgang der Einwohnerzahlen. Die jungen, gesunden Bürger ziehen den Jobs hinterher,

auch nach Dänemark und Norwegen, die Alten und Kranken bleiben. Auch hier hat die Gebietsreform zu Problemen geführt; es wächst nicht zusammen, was künstlich zusammengefügt wurde. Immerhin gibt es bereits zweimal jährlich ein Treffen aller Sozialpsychiatrischen Dienste. Und in attraktiven Städten ist auch die personelle Besetzung gut. Frau Draba muss auch Brandenburg vorstellen: Die SpDs sind an den Gesundheitsämtern, nur in Potsdam am Sozialamt, und fungieren als »Sonderordnungsbehörde«. Da es keine Psychiatrie-Koordinatoren gibt, gehören auch Planung und Koordinierung zum Aufgabenspektrum.

Bayern wird vorgestellt von Gerd Mendel, Referent für psychische Gesundheit des Caritasverbands. Es gibt 110 SpDi, davon 90% in »freier Trägerschaft«, kein PsychKG, aber Rahmenleistungsbeschreibungen und »Bayerische Psychiatriegrundsätze«. Bei hoheitlichen Aufgaben wird lediglich mitgewirkt. Der Referent schildert sehr offen, dass die Situation im Land so heterogen ist, dass eigentlich keiner wirklich den Überblick hat. Der bayrische SpDi macht keine Begutachtungen, keine Hilfeplankonferenzen. Übernommen werden »rein disponible Pflichtleistungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers im Rahmen der Eingliederungs-

hilfe«. Aus der früheren Mischfinanzierung sind 2003 die Krankenkassen ausgestiegen. Ein Raunen geht durch den Hörsaal, als Herr Mendel die personelle Mindestausstattung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in Oberbayern nennt: zwei sozialpädagogische oder psychologische Fachkräfte, eine halbe Verwaltungskraft und zwei Stunden Honorararzt pro Woche. Die Dienste sind personell an ihren Grenzen und darüber hinaus – das glauben wir unbesehen.

Klaus Obert hat den Auftrag übernommen, die Situation in Baden-Württemberg zu schildern. BaWü hat ebenfalls kein PsychKG; vorrangige Aufgabe ist die Betreuung chronisch psychisch Kranker. Für Suchtkranke sind die SpDi nicht zuständig. Die fast ausschließlich freien Träger erhalten eine pauschale Mischfinanzierung, und müssen einen Eigenanteil leisten. 2002 haben sich die Krankenkassen herausgezogen, als PIA an den Kliniken aufgebaut wurden. Die geplante Refinanzierung über Soziotherapie hat nicht funktioniert. In Stuttgart gibt es eine Fachkraft auf 26 000 Einwohner, auf dem Land pro 80 000 Einwohner.

Man ist ob der vielen Länder und Zahlen etwas erschöpft, als Eva Dorgeloh aus Köln sehr straff und klar über Westdeutschland berichtet. Im Saarland gibt es ja – laut Artikel im Info – keine SpDs, und sie werden dort auch nicht vermisst. Aber vielleicht stimmt das auch gar nicht, wie ein Zwischenruf vermuten lässt. Viele Aufgaben übernehmen die PIA, Unterbringungen erfolgen über das Polizei- und Unterbringungsgesetz. Nordrhein-Westfalen hatte 1969 das erste PsychKG, Rheinland-Pfalz hat seit 1997 ein Gesundheitsdienstgesetz (GDG). Personalausstattungen waren festgelegt worden und werden nicht mehr beachtet. 51 Cent werden pro Einwohner für Koordinationsleistungen gezahlt. Es gibt in jedem der drei Länder (über Hessen wird auch berichtet) einen Landespsychiatriebeirat, in Rheinland-Pfalz einen Landesverband der Sozialarbeiter an den SpD. Frau Dorgeloh klagt, dass der SpD zum Ausfallbürgen für soziale Problemlagen geworden ist. Heftiges Nicken, Beifall.

Den nächsten Referenten kenne ich nur durch seinen hervorragenden Beitrag in dem Lehrbuch »Soziale Arbeit in der Psychiatrie« (Bosshard/Ebert/Lazarus). Dort habe ich bereits über das Modell der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) in Köln gelesen und gestaunt. Es gibt neun mischfinanzierte SPZ; Klaus Jansen ist Geschäftsführer des Kölner Vereins für Rehabilitation, der das SPZ in Eh-

renfeld betreibt. Träger und SpD sitzen am selben Ort, haben regelmäßige gemeinsame Teamsitzungen und führen sogar Unterbringungen gemeinsam durch. Jansen meint, der SpD sei das Lackmuspapier für Versorgungslücken.

Ich bin erleichtert, dass alle Beiträge in einer Tagungsdokumentation nachzulesen sein werden.<sup>1</sup> Mir schwirrt der Kopf. Irgendjemandem fällt auf, dass Mecklenburg-Vorpommern fehlt und auch Berlin nirgendwo auftaucht. Wo gehört es überhaupt hin: Westdeutschland oder Ostdeutschland? Später werde ich gefragt, ob wir Berliner ob dieser Missachtung nicht gekränkt seien? I wo, wir Berliner wissen ja, wie das wieder gelaufen wäre: Neid und Missgunst wegen unserer einst üppigen und jetzt dahinschmelzenden Personalausstattung. Und wie hätte man erklärt, dass wir als Sozialdienst für JobCenter und Sozialamt mit Stellungnahmen zur Umzugsfähigkeit und zum Pflegebedarf komplett verstopft sind? Betreuung derjenigen, die durch alle Raster fallen – dazu kommen wir kaum noch. Der SpD in Berlin und der SpDi in Bayern unterscheiden sich nicht nur durch dieses kleine i am Ende, das so hartnäckig die Dienste diesseits und jenseits des Weißwurstäquators von einander scheidet. Die Dienste haben sehr unterschiedliche Aufgaben und Profile und Ausstattungen, von der Philosophie gar nicht zu reden. Das wussten wir bereits, und diese Unterschiede waren es wohl auch, die uns bisher immer abwinken ließen: Deren Probleme möchten wir haben. Ich bin bei aller Verwirrung doch auch erstaunt über eine Art genetische Komponente, die den Vetter und die Base und den Großonkel (und mich) zu Mitgliedern ein und derselben Sippschaft macht. Ist es die ausgeprägte Nase, oder das trotzige Kinn? Man kann es eigentlich nicht genau benennen. Sind es die Hausbesuche oder die Erfahrung, auch noch für das skurrilste Problem sich zuständig zu machen, das uns insgeheim verbindet?

Matthias Albers vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst reibt Salz in meine Wunden. Denn genau so arbeitet ein guter SpD als kommunalpsychiatrischer Fachdienst aus seiner Sicht: Ambulant aufsuchend, sofort, ohne Prüfung des Anspruchs. Er stellt den Versuch einer Leistungsbeschreibung vor, der von seinem Verband zurzeit geprüft und ausgewertet wird: Beratung und Begleitung, Krisenintervention, Begutachtung, Koordination, Beschwerdemanagement und Fachaufsicht. Gefordert wird ein einheitliches Inventar für alle Bundesländer. Albers

empfiehlt in der abschließenden Diskussion eine aktive Strategie in den Regionen. Die einheitliche Leistungsbeschreibung, wenn sie denn kommt, rettet uns nicht. Die UN-Behindertenrechtskonvention bietet in Art. 19, 25 und 26 Grundsätze, auf denen man – so meint zumindest Herr Albers – aufbauen kann ([www.aerzte-oegd.de](http://www.aerzte-oegd.de)).

Nach der Mittagspause in der Mensa strömen die Teilnehmer in neun Workshops. Als Berichterstatterin habe ich das Privileg, überall kurz schnuppern zu dürfen. Immerhin sieben der Workshops schaffe ich. Anfangs platze ich noch in die Vorstellungsrunde, später wird bereits sortiert und ausgewertet. Überall wird hoch konzentriert und systematisch gearbeitet. Kärtchen werden geschrieben, vorgelesen, zugeordnet und an die Flipchart gepinnt.

- So moderiert Hermann Elgeti höchst professionell und effektiv eines der großen Foren zum Thema »regionale Koordination und Planung«.
- Detlev Gagel und Klaus Petzold haben zum Thema Krisenintervention die meisten Teilnehmer gewonnen und dürfen deshalb in den klimatisierten Hörsaal. Mit Notebook und Beamer wird hier direkt vor Ort formuliert und an die Wand geworfen.
- Die psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verändern sich und nehmen zu, nicht nur in Berlin, und es fehlt an allen Ecken und Enden. Unzählige Karten zu diesem Thema werden im Workshop 5 vollgeschrieben.
- Friedel Walburg sammelt auf traditionellem Weg unterschiedlichste Erfahrungen zum Thema Hilfeplanung; da hat sich viel bewegt inzwischen, und ich bin neidisch auf Kommunen, in denen sogar die ArGen an der HPK teilnehmen.
- Noch einmal neidisch macht mich die Vorstellung des SpZ in Bochum, wo SpD und die Bausteine des gemeindepsychiatrischen Systems eng verzahnt sind. Das entsprechend erweiterte Leistungsspektrum wird von Dr. Jörg Kalthoff als Folie an die Wand geworfen: der Vetter aus Dingsda, der zeigt, was alles möglich (gewesen) wäre.
- Klaus Obert befragt seine Runde zum Thema Prävention, und sammelt einige pfiffige Ideen für die Öffentlichkeitsarbeit.
- Nur zwei Teilnehmer interessierten sich für die Arbeit mit alten Menschen; Moderator Heinz-Peter Kuhlmann hat den Workshop trotzdem durchgezogen. Manch einem galt dies als Zeichen, wie wenig der

SpD mit alten Menschen zu tun habe. Das scheint mir, aus Berliner Perspektive, etwas daneben. Mehr als ein Drittel meiner ca. 400 laufenden »Fälle« leiden an altersbedingten psychischen Störungen.

– Constantin von Gatterburg diskutiert mit seinen Teilnehmern die Arbeit im ländlichen Raum. Hier erlebe ich, wie erhofft, den Austausch, das neugierige Fragen und Stöhnen und Sammeln von Ideen. Denn welchen Sinn hätte sonst eine derartige Familienzusammenführung von Neffen und Cousins und Großtanten, die sich zum ersten Mal leibhaftig begegnen? Manche der Arbeitsgruppen erschienen mir doch sehr zielorientiert. Sind es nicht die vielen Begegnungen am Rand, von denen ich bei vielen Tagungen so profitierte? Aber dazu sind ja die zahlreichen Pausen eingeplant. Auch zum Abschluss der Workshops gibt es ein wenig Klezmer-Musik zum Chillen, ein hervorragendes Buffet mit Finger-Food und kalte Getränke. Da wird noch weiter gegessen und diskutiert, bis die unsägliche Hitze dieses Tages uns dann doch auseinandertreibt. Wir fahren am Abend zu einem der legendären Kiesteiche und lassen uns in der Menge im Wasser treiben und klönen im Biergarten und lernen das dröge Hannover von einer ganz neuen, höchst liebenswerten Seite kennen.

### Das Berliner Modell

Der dritte Tag wird eröffnet mit den Beiträgen der Tagungsbeobachter. Ich bin ein wenig erstaunt, denn die Tagung ist noch nicht zu Ende. Gibt es technische Gründe für diese Platzierung, oder hatten die Veranstalter Angst, dass die Teilnehmer schon all zu früh abreisen würden? Etwas dezimiert sind die Reihen bereits jetzt; immer wieder eilen Grüppchen zu ihren Zügen und den heimatischen Gewässern.

Die Tagungsbeobachter geben ihre Berichte ab. Potz Blitz, denke ich, da könnte man sich eine Scheibe abschneiden. Souverän, routiniert haben die drei ihre Bobachtungen in Form gebracht. Ruth Fricke zeigt noch einmal ihre Verwunderung über die Unterschiede in den Bundesländern und fragt zu recht, wem man denn nun eigentlich unter diesem Gesichtspunkt die Hilfeplanung übertragen sollte? Sie setzt Hoffnung auf die von Herrn Albers versprochenen Leistungsbeschreibungen.

Leonore Julius hat für die »Familien-Selbsthilfe Psychiatrie« sehr aufmerksam zuge-

hört und ihre Thesen bereits visualisiert und an die Wand geworfen. Sie macht uns klar, dass die SpDs nicht erst am Ende (»wenn nichts mehr geht«), sondern vor allem auch am Anfang enorm wichtig sind (»Wenn noch nichts geht ...«). Das ist ein wichtiger Hinweis, doch auch Frau Julius ist über die Gesamtschau der Bundesländer sehr ernüchtert. Wenn schon wir Profis kaum durchblicken – wie dann erst die Betroffenen und ihre Angehörigen? Bei den an Einfluss gewinnenden großen Trägern befürchtet sie zunehmend Rosinenpickerei. Und sie meint zum Abschluss: »Ich hoffe, wir segeln nicht im Kreis!«

Matthias Rosemann als Vertreter der Träger hat bereits während der Vorträge auf seinem Notebook konzentriert mitgeschrieben. »So vielen Speerspitzen gegenüberzustehen – diese Tagung war für mich eine Lehrstunde in Föderalismus und Wappenkunde.« Rosemann fragt sich, was es bedeutet, dass diese Tagung nur von Sozialpsychiatrischen Diensten besucht wurde? Es gehe doch um den Austausch, und auch die Gestaltung des Programms habe die Austauschperspektive im Mittelpunkt. Bei vielen Punkten gäbe es Ambivalenzen, z.B. die Ambivalenz von Erinnern und Sorge: Wie ist die Geschichte der SpD, und wie ihre Zukunft? Wer führe eigentlich den Kampf um die SpD – nur sie alleine? Welches Selbstverständnis haben eigentlich die Sozialpsychiatrischen Dienste: Stehen sie alle irgendwie im Mittelpunkt? Von was genau? Fühlen wir uns als Teil gemeinsamer Verantwortung? Sind Sozialpsychiatrische Dienste neutral und interessenunabhängig?

Herr Rosemann greift auf die maritime Metapher zurück. Hieven wir die Verlorenen – manchmal auch gegen ihre Willen – in unsere kleinen Rettungsboote? Wir sind ständig an Bord – sind wir auch für die Rettungsboote zuständig? Sind wir ein Lotse für die Boote oder für die Personen an Bord? Und – zurück zu Ebner-Eschenbach – gibt es überhaupt Ziele, oder segeln wir im Kreis, und der Wind kommt mal von hinten und mal von vorn, und wir bewachen eine Schutzzone? Und, zum Schluss, um das Bild zu erweitern: Segeln wir allein, oder vielleicht doch besser im Konvoi? Rosemann rät die Tagung zu wiederholen, andere ins Boot zu holen, oder vielmehr andere Boote dazu zu holen. Vielleicht eine Bootsmesse veranstalten?

In der kurzen Diskussion wird noch einmal die Kränkung der Sozialpsychiatrischen

Dienste deutlich: Nicht einmal die Aktion Psychisch Kranke e.V. berücksichtigt uns in ihren Tagungen. Heinrich Berger spricht mir aus der Seele, als er meint, es stehe uns zu, bei einem ersten Treffen zunächst unser eigenes Selbstverständnis zu diskutieren. Doch dazu, so argumentiere ich still in mich hinein, hätte es noch erheblich mehr Gelegenheiten zur Nabelschau gebraucht, und weniger Blicke auf die großen Perspektiven.

Hermann Elgeti plädiert in seinem Referat für die Orientierung auf den Sozialraum. Sein geradezu furioser Beitrag beginnt mit Hölderlin und Bloch und ist unterlegt mit ausgezeichneten Folien. Sehr systematisch gibt er uns einen Grundkurs zum Thema: Weg von der Fixierung auf den Einzelfall, hin zur Verhältnisprävention. Sozialraumorientierung verhindert Exklusion und Separation. Er erzählt, dass er gerade im Raum Vorarlberg aus beruflichen Gründen ein weiteres Netzwerk aufbaue. Die herkömmlichen Netzwerke werden dünner und verstreuter: Durch Transportmittel, durch Medien. Der private Vergnügungsraum wird immer wichtiger, die öffentlichen Räume verlieren an Bedeutung. Doch die Entwicklung ist auch problematisch. Elgeti nennt vor allem vier Aspekte: Prävention stigmatisiert auch. Ob der Ansatz (»Projekt soziale Stadt) wirklich funktioniert, ist fraglich. Besonders interessant: Das Problem adaptiver Präferenzen. Besonders schwer erkrankte Menschen äußern Zufriedenheit mit ihrer Situation. »Unsere Leute können diesen Spannungszustand nicht aushalten.« Je mehr man die Lage von Menschen verbessert, desto unzufriedener werden sie ... So ein wenig schmeckt der Sozialraum nach Selbstverwaltung der Not: »Sollen sie sich doch kostengünstig gegenseitig helfen.« Doch vieles leuchtet ein, gehört quasi per se zum Selbstverständnis Sozialpsychiatrischer Dienste: Differenzierte Wohnkonzepte ermöglichen, Integration fördern, Arbeit auf der Milieu- bzw. Quartiersebene fördern, dabei den individuellen Rechtsanspruch in der Einzelfallarbeit gewährleisten.

Nach diesem Plädoyer für den Sozialraum folgt ein Plädoyer für Souveränität und Selbsthilfe. Manfred Jehle spricht für die BayGSP und stellt eine Studie vor, bei der er im Rahmen seiner Dissertation Interviews mit psychoseerfahrenen Menschen geführt und ausgewertet hat. Eigentlich habe er damit gerechnet, dass sich herausstelle, dass jeder Psychose-Erfahrene eine Psychotherapie benötigt. Heraus kam aber etwas anderes: Fast jeder Interviewpartner habe – oft

auf verschlungenen Pfaden – einen Weg gefunden, mit der Psychose zu leben. Was wir inzwischen mit »Recovery« entdeckt haben, bestätigen seine Recherchen. Diese Ergebnisse sind über die herkömmliche Hilfeplanung nicht zu erfassen, allenfalls durch sensible Beschäftigung mit dem subjektiven Erleben des Klienten. Jehle belegt dies eindringlich mit einer Fallvignette. Besonders wichtig: Sozialer Rückzug kann ein Zeichen von Selbstsorge sein. Und: Bei sechs Klienten war ein überlebter Suizidversuch der Anstoß für die Souveränität zukünftiger Lebensgestaltung. Wichtig ist die konkrete Beziehung und nicht die Maßnahme oder die Hilfebedarfsgruppe. Jehle ermuntert uns, Entwicklungsräume in den Gemeinden zu fördern. Entscheidend ist die positive Narration, also die Wahrnehmung und Benennung des Aufwärts-Trends. »Mit wachsender Entschiedenheit in der Lebensgestaltung konnten auch Maßnahmen in Anspruch genommen werden. Ein kohärenter Lebenszusammenhang ist der beste Schutzschild. Gemeindepsychiatrie sollte der *gate-keeper* für Verwirklichungschancen sein.«

Marc Ziegenbein als Hausherr spricht das Schlusswort. Und keinen wundert, dass ein letztes Mal zum Handbuch der Deutschen Seefahrt gegriffen wird. Es gibt Leuchttür-

me! Segel setzen ist im Team einfacher, für die Navigation gibt es Hilfsmittel. Regionaltreffen sind geplant, die Tagung in dieser Form soll alle zwei Jahre stattfinden. Meine eigenen Wünsche werden genannt, finden sich auch auf den leider etwas zu spät platzierten Stellwänden für Rückmeldungen: Mehr Raum für Nabelschau bzw. für das Betrachten der anderen Nabel. Mehr Workshops mit Fortbildungscharakter, mehr an den Kernaufgaben orientierte Referate und Arbeitsgruppen. Wie könnte man den Nachwuchs, insbesondere die Fachärzte für die Arbeit in den Sozialpsychiatrischen Diensten begeistern? Was macht die Arbeit im SpD attraktiv? Schleunigst soll ein Verteiler aller Dienste erstellt werden, und schleunigst wollen nun alle Teilnehmer ins Wochenende.

Nach der höchst komfortablen Rückfahrt im klimatisierten Pkw nach Berlin habe ich endlich Zeit, die Antwort der Segler zu würdigen: Zwei Gründe gibt es, im Kreis zu fahren:

- Der Steuermann hat gepennt, oder man hat zu hart am Wind gesegelt, und die Segel klappen ungewollt auf die andere Seite um. Dann muss man im Kreis segeln, um auf den alten Kurs zu gelangen.

- Mann über Bord, inzwischen politisch korrekt »Mensch-über-Bord-Manöver«. Man fährt im Kreis, um dorthin zu gelangen, wo man den Menschen verloren hat. Die Segel werden erst zum Schluss geborgen oder man lässt sie fallen, was einen höllischen Lärm verursacht. Es gibt aber ein »Berliner Modell«, bei dem von Anfang an die Segel fallen gelassen werden und man schlicht mit dem Motor dreht, zurückfährt und rettet.

#### Anmerkung

1 Diese Idee ließ sich nicht verwirklichen. Manuskripte und Folien von einigen Vorträgen und Workshops sind als PDF-Dateien auf der Homepage der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. ([www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)) verfügbar. (Die Redaktion)

#### Die Autorin

##### *Ilse Eichenbrenner*

*Autorin und Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst Charlottenburg-Wilmersdorf Hohenzollerndamm 174 10713 Berlin*

## Buchbesprechungen



Hegemann T, Salman R (Hg.) (2010)  
**Handbuch Transkulturelle Psychiatrie**  
 Bonn: Psychiatrie-Verlag, 488 Seiten, 39,95 Euro

Schon die erste Auflage des »Hegemann-Salman« hatte sich, trotz des »Sufikleides«, in das sie gebunden war, zu einem Standardwerk der Transkulturellen Psychiatrie entwickelt. Nun ist gerade eine zweite Auflage erschienen: erweitert, aktualisiert und deutlich verbessert – darüber hinaus auch noch schön anzusehen.

Nachdem die Herausgeber ihre Leser mit einleitenden Worten »auf die Reise schicken« finden sich, weitgehend unverändert,

einige grundlegende philosophisch orientierte Aufsätze über Menschenbilder und Krankheitskonzepte, über Kategorien und Kontexte der psychiatrischen Arbeit mit uns zunächst fremden Menschen, über das Klassifizieren oder Nuancieren in der Diagnostik, sowie über kulturelle Zuschreibungen im Rahmen einer transkulturellen Psychiatrie. Sie machen deutlich, dass alle unsere Unterscheidungen von Pathologie, Ätiologie und Therapie stets einer gewissen Willkür unterworfen sind, die einer analytisch den-

kenden westlichen psychiatrischen Tradition entstammt.

In Überblicksarbeiten werden die Wanderungsbewegungen von Migranten, deren ökonomische Auswirkungen, die »Herausforderung Integration«, sowie die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste durch Migranten, beschrieben. Praktisch anwendbare psychotherapeutische und psychoedukative Behandlungsverfahren sowie einfache Ratschläge über die Kontaktaufnahme mit Menschen aus fremden Kulturen werden gut nachvollziehbar dargelegt.

Einzelnen Zielgruppen, wie Frauen, Jugendlichen, alten Menschen sowie Menschen »ohne Papiere« ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Der überarbeitete Text über Frauen in der Migration führt uns ein eindrucksvoll differenzierendes Bild über geschlechtliche

Rollenbilder und ihre Entwicklungen in verschiedenen Zusammenhängen vor. Er weist darüber hinaus darauf hin, wie wichtig es ist, geschützte Räume zu bieten, in denen sich ohne den Druck sozialer Erwartungen eigene Positionen im neuen Bezugsfeld bilden können.

In der öffentlichen Wahrnehmung treten die Lebenswelten erfolgreicher Migranten gegenüber denen vor allem gewalttätiger Jugendlicher häufig zurück. Letzteren gegenüber gilt es einerseits sofort überzeugend zu handeln. Auf der anderen Seite sollten ihnen mögliche alternative Handlungsperspektiven »ohne Gesichtsverlust« verdeutlicht werden.

Ausführlich wird die psychiatrische Begutachtung von Migrantinnen und Migranten behandelt. Auch hier zeigt sich, ähnlich wie in der Therapie, wie wichtig ein kompetentes, die Begegnung förderndes Übersetzen im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen ist. Psychische Traumata bleiben, gerade bei Menschen aus anderen Kulturen, ein schwer zu beurteilendes Phänomen. Sie sollten in ihrem Entstehen und in ihrer Auswirkung auf die Betroffenen vom Untersucher genau erfragt und beschrieben werden. Die Beurteilung der Konsistenz der Beschwerdeschilderung und die Darstellung des Befundes ist Sache des Gutachters. Die abschließende Bewertung obliegt dem Gericht.

Eine ausführliche und für die Praxis äußerst hilfreiche Darlegung der ihrer Anwendung nicht immer nachvollziehbaren ausländerrechtlichen Bestimmungen in Deutschland rundet das Handbuch ab.

Für alle in der Psychiatrie arbeitenden Kolleginnen und Kollegen ist das Buch von Hegemann und Salman ein unentbehrliches Nachschlagewerk. Es sollte in den Bibliotheken aller in diesem Bereich tätigen Institutionen zu haben sein.

Ralf Seidel  
Mönchengladbach



Machleidt W, Heinz A (Hg.) (voraus. 15.11.2010)  
**Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie**  
München: Urban & Fischer, Elsevier, ca. 712 Seiten, ca. 82,95 Euro

Zunächst einmal muss man beiden Herausgebern gratulieren, dass es ihnen gelungen ist, ihr Handbuch so zeitig fertigzustellen, dass die Herausgabe im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der unseres Infoschwerpunkthefts zum Thema: »Der Stachel des Fremden« gelingt, in dem auch diese Rezension erscheinen sollte. *Diese Vorbemerkung ist übrigens scherzhafter Natur und ähnelt dem Hinweis Karl Valentins (?), der es für gelungen hielt, dass gleich nach seiner Geburt seine Mutter schon anwesend war.*

Macht der Rezensent dank seiner zu spöttischer Wahrnehmung seiner Umgebung neigenden Persönlichkeit immer wieder die Erfahrung, dass es psychiatrischen Einrichtungen gibt, die von sich behaupten, transkulturelle Psychiatrie zu betreiben oder gar zu beherrschen, obwohl sie nichts mehr zu bieten haben als die Telefonliste eines Übersetzungsbüros, so erweitert sich diese Befürchtung durch Erscheinen des Handbuchs nunmehr dahingehend, dass der Erwerb dessen, der durch- und überaus zu empfehlen ist, sie vollends der Meinung sein lässt, der Besitz dieses Buches gäbe nun endgültig Anlass noch mehr als bisher dem Glauben anzuhängen, man arbeite trans- oder interkulturell.

Nun denn: Die Weisheit und strategische Abklärtheit der Herausgeber zeigt sich u. a. schon darin, dass es ihnen gelungen ist, Frau Dr. Ursula von der Leyen, immerhin Bundesministerin und Mitglied des Deutschen Bundestages, zu einem Vorwort zu verführen und darüber hinaus, rechtzeitig genug, den leider im Januar dieses Jahres verstorbenen Erich Wulff zu einem Geleitwort zu veranlassen.

Darüber hinaus haben sie eine weitere Reihe von Vorworten akquiriert, u. a. vom Präsidenten der WPA, dem Chairman für transkulturelle Psychiatrie der WPA sowie von Prof. Hans-Jürgen Möller, dem Präsidenten der Europäischen psychiatrischen Assoziation (EPA), der mitteilt, dass sich die EPA bewusst sei, dass die Thematik in einem immer mehr zusammenwachsenden Europa eine zunehmend größere Bedeutung spiele. Er weist darauf hin – das Buch geht allerdings dramatisch über diesen Aspekt hinaus –, dass die Nichtbeachtung kulturell geprägter Erscheinungsformen einer Aussage zu einem bestimmten Erleben leicht als psychotisch interpretiert werden könne, obwohl sie, bei Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes durchaus psychologisch verständlich sei und keinerlei Hinweis auf eine psychotische Erkrankung abgäbe.

Auch der Chairman der WPA für transkulturelle Psychiatrie darf nicht fehlen, wie zuletzt mit einem Grußwort der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. In seinem zwar kurzem, aber überaus ins Detail gehenden Grußwort spricht Schneider zu Recht das Lob aus, dass die Autoren die Besonderheiten der Migrationsbewegung für den deutschsprachigen Raum analysierten, somit erstmals die zentraleuropäische Situation aus deutscher Perspektive wiedergäben. Auch enthalte das Buch konkrete Handlungsanweisungen für die praktische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. Die Autoren schlossen mit diesem Buch eine wichtige Wissenslücke in der Deutschen Psychiatrie, welches als Grundlage für die zukünftige Entwicklung dieses Fachbereichs gelten könne. Das ist ein Wort!!!

Erich Wulff weist darauf hin, dass Anfang der 60er-Jahre, als es ihn nach Vietnam verschlagen habe, nur eine Handvoll transkulturell publizierender und handelnder Therapeuten gegeben habe, überwiegend im angelsächsischen und französischen Sprachraum. Im Vordergrund des Interesses hätte damit die Entzifferung des Denkens der Menschen gestanden, mit denen man es in der Fremde zu tun bekomme, auf der Folie ihrer Lebensverhältnisse, die sich aus der Geschichte ihrer Kultur und ihrer Gesellschaft herausgebildet hätten.

Inzwischen brauche man nicht mehr um die halbe Welt zu reisen, um Fremdes erkunden zu können. Es sei vor der eigenen Tür angelangt (siehe auch Thema dieses INFO-

Schwerpunkthefts!). Der Titel des Inhalts des Handbuches, ihm lag zu Lebzeiten das gesamte voluminöse Werk nicht vor, lasse die Wegstrecke ermessen, die von der deutschen transkulturellen Psychiatrie seither zurückgelegt worden sei.

Die Leistung der Herausgeber, mehr als 80 Autoren nicht nur unter einen Hut zu bringen, sondern auch zur pünktlichen Abgabe ihrer Manuskripte, kann gar nicht ermessen werden. Man könnte sich vorstellen, dass dies Ähnlichkeit haben möchte mit dem, was wir uns mit der Durchführung transkultureller Psychiatrie vornehmen. Die große Anzahl der Autoren hat natürlich eine entsprechende Themenanzahl zur Folge, was dazu führt, dass alleine das Inhaltsverzeichnis sich über 10 Seiten erstreckt.

Die Herausgeber selbst meinen (aus gutem Grund!; der Rez.), dass es ihnen und den Autoren gelungen sei, anschaulich nachvollziehbar zu machen, wie Zuwanderern geholfen werden könne, die psychische Gesundheit und damit auch ihre Chancen bei der Integration in die Aufnahmegesellschaften zu stärken. Aus diesem Hinweis ergibt sich eine gewisse Selbstbescheidung dieses Handbuchs, gewissermaßen eine Konzentration auf ein gerade noch überschaubares Thema, hinter dem, was Wulff unter Ethnopsychiatrie verstanden haben könnte, zurücktretend.

Da der Rezensent (siehe auch 2. Absatz unserer Besprechung) mehrfach erleben musste, dass Psychiater, die in ihrem Urlaub in Sri Lanka sich eine Folkloregruppe angesehen oder auch in Marokko einer Bauchtanzaktivität beiwohnten, geschweige denn sonstigem Touristenklamauk inklusive Schamanismusdarbietungen sich aussetzten, durch den örtlichen Reiseveranstalter oder durch die TUI organisiert, anschließend in der Heimat sich als Transkulturellexperten aufspielten, hat er nun die Hoffnung, dass diese Menschen spätestens nach dem Durchblättern, erst recht nach dem Durcharbeiten dieses Buches, in einen gebotenen Demutzustand geraten und zukünftig vom Urlaub nicht mehr pseudowissenschaftliches Gewese machen.

Das Buch gliedert sich in acht Abschnitte, dies jeweils über Stichworte wie beispielsweise »Theoretische Aspekte«, »Rahmenbedingungen für Migrantenversorgung«, »Diagnostik«, »Migrantengruppen mit besonderem Problemlagen« »Krankheitsbilder«, »Interkulturelle und transkulturelle Psychiatrie«, »Behandlungs- und Versorgungsstrategien« und »Fort- und Weiterbildung« ausführlichst Auskunft geben. Da konnten Experten engagiert werden!!!

Didaktisch aufbereitet wurde das Buch dadurch, dass es herausgehobene Lernzielhinweise gibt, Hervorhebungen von wichtigen

Tipps und Hinweisen sowie Zusammenfassungen von wichtigen Anwendungen und die Hervorhebung von Kasuistiken.

Es wäre unangemessen, einzelne Autoren oder einzelne Themen sich herauszugreifen, zum einen, weil der Rezensent nicht sachverständig genug wäre, zu den einzelnen komplexen Stellung zu beziehen, zum anderen wird es von Erfolg gekrönt sein, wenn der Leser dieser Rezension seine Fantasie ins Kraut schießen lässt bezüglich bestimmter Fragestellungen und, dies wird vom Rezensenten garantiert, nach Erwerb und Lektüre des Buches werden alle ihm erdenklich scheinenden Fragestellungen einer Beantwortung zugeführt worden sein.

Den Herausgebern ist ausdrücklich zu gratulieren und noch einmal hohe Bewunderung zu zollen für ihre ciskulturelle Meisterleistung der Erfassung und Aufarbeitung einer solchen Vielzahl von Aspekten zu diesem Thema.

*Gunther Kruse*

*Rawalpindi, Kualalumpur, St. Anton, Faröer, Jklzreovpör, Hannover/Langenhagen*



Brückner B (2010)

**Geschichte der Psychiatrie**

Bonn: Psychiatrie-Verlag, 160 Seiten, 16,95 Euro

Philosophen, Theologen, Ärzte, seit etwa 200 Jahren die »Psychiatrie« haben in großer Anstrengung immer wieder versucht dem Geheimnis des Verrücktseins näher zukommen. Und sie sind selbst bei dieser Suche nicht selten die verrücktesten Wege gegangen.

Ich muss zugeben, die Geschichte unseres Faches hat mich schon immer fasziniert. Ich saß bei Jean Starobinski im Seminar und schrieb einst bei Werner Leibbrand meine Doktorarbeit. Dörners »Bürger und Irre« und Foucaults »Wahnsinn und Gesellschaft« ha-

ben mich, neben anderem, zur Sozialpsychiatrie geführt. So war ich skeptisch als ich Burkhard Brückners schmales, 160 Seiten umfassendes, Buch zu diesem gewaltigen Thema in die Hand bekam.

Doch: die Lektüre hat mich in jeder Weise positiv überrascht. Dem Autor gelingt es auf erstaunliche Weise 3000 Jahre des Umgangs mit Menschen, die an einer seelischen Störung leiden, komprimiert und verständlich zur Darstellung zu bringen. Er schreibt keine »Fortschrittsgeschichte«, wie einst Ackerknecht oder vor Kurzem, allzu einäugig, Ed-

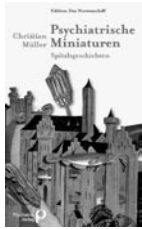
ward Shorter. Ihm gelingt es, die leitenden Ideen der psychiatrisch Tätigen, wie die Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen in den Blick zu nehmen. Brückner kritisiert ideologische Vereinfachungen, so manche Zwangsmaßnahmen, problematisiert beide jedoch in ihren jeweiligen historischen und soziologischen Zusammenhängen. Dem Wirken herausragender Persönlichkeiten in der Psychiatrie, wie Pinel, insbesondere Griesinger, Kraepelin, Freud und Jaspers gibt er ausführlich Raum. Krankheitskonzepte werden philosophisch hinterfragt. Die oft verzweifelten Bemühungen um eine sachgerechte und dennoch menschliche Versorgung psychisch kranker Menschen gelangen vor ihrem gegebenen zeitlichen Hintergrund, in ihren gelungenen wie in ihren Irrwegen, zur Darstellung. Ausführlich und behutsam, gerade auch in ihrem Entstehen, ist das dunkelste Kapitel der Psychiatriegeschichte, die Zeit der Krankenmorde während der NS-Zeit, behandelt.

Über die Reformbewegungen der 70er- und 80er-Jahre gibt der Autor einen kundigen, wenngleich deutlich zu »hochschullasti-

gen« Überblick. Hier könnten die sonst so ausgewogenen Darlegungen von Schott und Tölle Pate gestanden haben. –

Ein gelungenes und dazu noch unterhaltsam-bildendes Buch. Jeder in der Psychiatrie Tätige sollte es kaufen und lesen.

*Ralf Seidel, Mönchengladbach*



Müller C (2010)  
**Psychiatrische Miniaturen – Spitalgeschichten**  
 Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag,  
 160 Seiten, 19,95 Euro

Ähnlich wie die beiden Bleulers hat Müller bis zu seiner Pensionierung nur wenige Jahre (7) außerhalb von Anstaltsmauern gelebt, denn sein Vater war auch schon Anstaltsdirektor. Solche Leute hatten früher Präsenzpflcht im Klinikgelände und wohnen deshalb – nebenbei gesagt – gratis. Seine Pensionierung erfolgte 1986, sodass Müller nun noch 24 Jahre Erfahrungszeit außerhalb des Klinikareals zugewachsen sind. Zu wünschen wären ihm noch etliche weitere Jahre, sodass am Ende halbe-halbe rauskommt.

Mit diesem Wunsch oute ich mich als Rezensent dahingehend, dass ich voreingenommen gegenüber seiner Person und erst recht gegenüber seinen Miniaturen bin. Das liegt daran, dass ich, bei Asmus Finzen, im 3. Lehrmonat als werdender Jungpsychiater großzügig freibekam, an einer Tagung in einem Luxushotel an der Ostsee teilzunehmen, optimal gesponsert von der verruchten Pharmaindustrie, sodass sogar meine Frau mitkommen durfte und der Zufall es wollte, dass ausgerechnet wir beide zum 8-Gänge-Diner am Tisch der Psycho-Koryphäen zu sitzen kamen, lauter Ordinarien, die unbeeindruckt von unserer Gegenwart Habilitandenköpfe rollen ließen, Lehrstuhlbesetzungen vereinbarten, nur Christian Müller sich uns zuwandte und ein derartig freundlich intensives ausführliches Gespräch mit uns führte, dass man des Glaubens wurde, er interessiere sich allen Ernstes für die Antworten von uns beiden Psychiatrienovizen. Seitdem hat er mit allem, was er tat, einen Stein im Brett bei mir.

So haben mir seine Bücher gefallen, mich beeindruckt, auch dadurch, dass da jemand, trotz jahrzehntelanger Erfahrung nicht in Besserwisserweise auftritt, sondern bei allem, was er für richtig hält, Zweifel benennt,

ob das wirklich so ist. Er beweist, dass große Geister sich es leisten zu können, unvollkommen zu sein.

Genau darum geht es auch bei seinen Erinnerungen in diesem Buch. Er gibt Zweifel an darüber, wie man Tag für Tag mit dem Elend umgehen könne, gesteht, dass ihm manchmal sein Spital unerträglich erschienen sei: zu viel Verantwortung, zu viel getäuschte Hoffnungen, zu wenig Mittel, um zu heilen, zu viele Konflikte. Er räumt ein, dass er manchmal Lust hatte, alles im Stich zu lassen, ... aber das wäre eine Desertation gewesen.

Er geht noch weiter und kommt auf die in manchen Kreisen geheiligten Angehörigen zu sprechen, von denen, so Müller, die Wahrheit oft verzerrt, verleugnet, umgeformt werde und immer seien wir es, die Psychiater, welche die Schuldigen, die Verräter, die Misshandelnden seien. »Seltsames Schicksal unserer Profession, seltsam, dass man dann auf der Suche nach einem Schuldigen auf uns zielt. Die Fähigkeit der Menschen, Gegebenheiten umzudeuten, ins Gegenteil zu transformieren, ist unglaublich.«

Die von Müller ausgewählten Vignetten zeichnen sich nicht durch Dramatik, nicht durch krachende Ereignisse aus, sondern eher durch scheinbar nebensächlich sanfte Episoden. Nie kommt es zu Schilderungen derart, »und dann kam ich und habe die Sache bereinigt«, eher noch, dass durch zusätzliche Überlegungen und innere moralisch/philosophische Gehemmtheiten der Komplexitätsgrad problematischer Situationen zunahm.

In einem Kapitel singt er eine Ode an einen Pfleger, der seit Jahrzehnten mit seinen

stummen, chronisch Kranken, in sich zurückgezogenen Menschen arbeitet, in einem anderen Kapitel schreibt er, amüsiert, aber auch entsetzt, über das scheinbare neue Eldorado der Psychiatrie in Italien.

Der Rezensent erlebt seit Jahren, dass irgendwelche Malereien, die in der Ergotherapie oder anderenorts entstanden sind, von Klinikdirektoren entdeckt, und diese Malereien plötzlich in den Rang von Kunst erhoben, in Ausstellungen zum Ruhm der Künstler und der ach so kunstsachverständigen und edlen Direktoren vernissagiert werden, zumal sie auf diese Weise erneut etwas für die ihnen anvertrauten (wie sie sagen würden) Kranken unternommen haben. Da wird der psychisch Kranke praktisch ein zweites Mal veräppelt, weil nämlich seine Malerei nur um den Preis der psychischen Erkrankung geadelt wird, und sonst nichts.

Genau dasselbe geißelt Müller selbstkritisch. Um die Therapieviefalt zu erweitern, hatte er die Idee, psychisch Kranke seiner Stationen ein Filmprojekt veranstalten zu lassen und das Ergebnis filmkritischen Journalisten vorzuführen, ohne dass diese (versehentlich) eingeweiht waren, dass es sich um Kunst/Film psychisch Kranker handele. Nach der Vorführung des Films ergriff ein Journalist nach dem anderen das Wort und gab vernichtende Urteile von sich, Pusch sei das alles, unverständlich, keinen Pfifferling sei der Film wert.

Die Szene änderte sich, als durchsickerte, dass es sich um Arbeit psychisch Kranker handelte. Die Journalisten meinten nun, hätte man ihnen das gesagt, hätten sie den Film nicht in Grund und Boden verdammt.

Aber: Nun kommt Müllers (und meine auch) Erkenntnis, dass die Enttäuschung in der Filmherstellergruppe der Erkrankten doppelt so groß war, denn nicht nur wurde die Qualität des kleinen Filmstreifens angezweifelt – schlimmer war, dass für die Journalisten die Tatsache des Wissens um die Herkunft genügte, um völlig ihre Meinung zu wechseln, das war eine Beleidigung. Sie

wollten ernst genommen werden, und dies geschah nur um den Preis ihres Krankseins. Schmäählich war das.

Das ist nur ein Beispiel von vielen in diesem Buch, mit welcher feinsinniger Sensibilität

Müller seine Erfahrungen aufarbeitet und dabei auf die Darstellung jeder abenteuerlichen Komponente aus der Psychiatrie verzichtet. Jedem halbwegs seinem Handeln skeptisch gegenüberstehenden Mitarbeiter der Psychiatrie seien diese psychiatrischen

Miniaturen, quasi Minima Moralia, anempfohlen.

*Gunther Kruse, Hannover/Langenhagen/  
Bad Dangast*



Rüschoff I, Laabdallaoui M (2009)

**Umgang mit muslimischen Patienten**

Bonn: Psychiatrie-Verlag, Reihe Basiswissen, 140 Seiten, 14,95 Euro

Das Buch beschreibt die spezifischen Herausforderungen, die sich beim Umgang mit muslimischen Patienten in der ambulanten und in der stationären (Psycho-)Therapie ergeben.

Zu Beginn werden das Selbstverständnis des Islam und die islamischen Quellen (Koran und Sunna) sowie die Bedeutung Gottes und des Menschen im Islam vorgestellt. Nach Aussage der Autoren findet sich in den islamischen Quellen keine Grundlage für ein Krankheitsverständnis als Strafe für eine bestimmte Handlung. Im Krankheitsfall sei das Gleichgewicht von Gott – Mensch – Welt gestört, das wiederhergestellt werden müsse. Im Fall einer Erkrankung müsse der betroffene Mensch alles tun, um seine Gesundheit zurückzugewinnen.

Für die Zusammenarbeit mit muslimischen Patienten und für die Reflexion des eigenen beruflichen Handelns empfehlen Laabdallaoui und Rüschoff den therapeutisch Tätigen

Selbstreflexionen zu den eigenen Vorurteilen dem Islam gegenüber, da der Islam und die Muslime in Deutschland als Projektionsfläche für vielfältige gesellschaftliche und persönliche Ängste dienen. Ob die Religion eher Hemmnis oder Ressource, wie z. B. bei der Strukturierung des Tagesablaufs durch die Gebetszeiten, in der Behandlung von Muslimen sein kann, wird im Rahmen des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut diskutiert. Als hilfreiche Perspektive für die Zusammenarbeit mit muslimischen Patienten wird interkulturelle Kompetenz genannt, wobei diese als innere Haltung und weniger als gelernte Fertigkeit verstanden wird. Da muslimische Patienten häufig nur wenig Wissen über ihre Religion haben und aus Unkenntnis viele Traditionen (familiäre Beziehungen, Rollenvorstellungen usw.) mit dem Islam begründen, fordern die Autoren die Therapeuten auf, Aussagen von Patienten, die diese für die Begründung ihrer Einstellungen oder Verhaltensweisen nutzen,

auch auf ihre sachliche Richtigkeit zu überprüfen.

Beim islamischen Verständnis von Ehe und Familie unterscheiden sie zwischen der rechtlichen Perspektive und der religiös-psychologischen Perspektive. Ein besonderes Merkmal der islamischen Sicht auf Erotik und Sexualität sei, dass die Sexualität dem Menschen auch zum Genuss gegeben ist und im Islam nicht vorwiegend unter dem Aspekt der Fortpflanzung gesehen wird. Empfängnisverhütung, die vorübergehend ist, sei erlaubt.

Das Buch ist eine differenzierte Einführung in den Islam und eine Anleitung für Menschen in den sogenannten Helferberufen, die häufig mit muslimischen Patienten/Klienten zusammenarbeiten. Neben Informationen zum Islam werden auch verschiedene Besonderheiten berücksichtigt, die im Islam anders betrachtet werden als beispielsweise innerhalb des institutionalisierten Christentums. Der gut strukturierte Text sowie die eingefügten Beispiele gestalten das Buch gut und flüssig lesbar.

Eine ausführliche Besprechung findet sich bei socialnet unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/8356.php>.

*Barbara Mahmoud*

Shefler G, Brom D, Greenberg D, Witztum E (Hg.) (2007)

**Trauma, Loss and Renewal in Israel. Selected Papers of Haim Dasberg**

Jerusalem: The Temmy and Albert Letner Inst. Herzog Hospital

Eigentlich sind wir im Info bemüht, Bücher zu besprechen, die für unsere Leser gut erreichbar sind. Hier nun ist alles anders. Haim Dasbergs Buch umfasst ausschließlich Artikel in englischer Sprache und es dürfte wohl kaum in einer unserer Buchhandlungen auf dem Ladentisch liegen. Aber es ist ein wichtiges Buch, geschrieben von einem Menschen, der uns viel zu sagen hat.

Haim Dasberg wurde vor 80 Jahren in den Niederlanden geboren. Als Kind jüdischer Eltern – die Mutter war Deutsche, der Vater Holländer – musste er während der deutschen Besatzung über zwei Jahre lang versteckt bei einer christlichen Familie ausharren. Sein Vater und viele Verwandte waren in den Lagern ermordet worden. 1949 wanderte er nach Israel aus, vollendete die Schule

und fühlte sich doch zunächst »abseits«, als wäre er noch im Versteck (S. 240). Er diente in der Armee, erst als einfacher Soldat, später, nach Studium und Facharztausbildung, als Militärpsychiater.

Haim Dasberg unterrichtete als Professor Medizinstudenten und Sozialarbeiter, war Direktor des Herzog-Hospitals, sowie Gründer und Leiter von AMCHA, dem israelischen Zentrum zur psychosozialen Betreuung von Holocaust-Überlebenden und deren Kindern.

Die Aufsätze, die im Buch versammelt sind, behandeln sehr verschiedene Facetten psychiatrischen Tuns: Fragen der Psychotherapie und deren Wirkung, der psychiatrischen Forschung und der Gültigkeit ihrer Ergebnisse, politische Überlegungen zum Psychiatersein in Israel, Probleme der Gemeindepsychiatrie. Und immer wieder Fragen, die das Weiterleben nach von Menschen verursachten Katastrophen, wie der Shoah vor allem, betreffen; Fragen danach, wie die Kinder der Überlebenden ihr Schicksal bewältigen. Fragen eben, die ein teilnahmsloses Beobachten nicht zulassen, die jeden zum unhintergebar Beteiligten machen. Das an der eigenen Person erlebte Grauen und die Erzählungen derer, die Ähnliches durchlitten haben, sind dabei der Resonanzboden aller Texte dieses Bandes.

So schildert Haim Dasberg den Wandel des Bildes der Holocaust-Überlebenden in Israel. Anfangs waren die »survivors« auch hier wie Unberührbare behandelt worden. Sie hatten sich gezwungen gesehen ihren Überlebenskampf zu verbergen und sich möglichst als »Sabras« – in Israel Geborene – auszugeben. Darüber hinaus galt in den 50er- und 60er-Jahren das Interesse der Ärzte ausschließlich den körperlichen Erkrankungen der Immigranten. Fragen nach deren seelischem Befinden seien nicht einmal gestellt worden. Selbst die mit Wiedergutmachungsfragen befassten »Experten« besaßen noch keine Kenntnisse der Psychotraumatologie. Der aus Krakau stammende Psychiater und Psychoanalytiker Hillel Klein sei der Erste gewesen, der die Leiden der hospitalisierten Überlebenden studiert und sich dann später auch mit deren Gefühlen der »Überlebensschuld« befasst habe. Auch wenn die Mehrzahl der Überlebenden in ihren persönlichen, sozialen und beruflichen Aufgabenfeldern zurechtkommen, bezahlen sie dafür meist einen hohen Preis. Dies im Sinne einer Einbuße an Lebensglück, die nicht selten mit einer »Verhärtung der Persönlichkeit« einhergehen kann (S. 201). Gerade Verfolgte, die als Kind überlebten, haben oft unter spät einsetzenden Identitätsproblemen und Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich zu leiden.

In den Siebziger- und Achtzigerjahren scheint endlich das Tabu den Überlebenden gegenüber gebrochen: Sie veröffentlichten ihre Memoiren, AMCHA wurde gegründet. Diese Organisation zur Unterstützung von Überlebenden hat sich das Bewahren der

individuellen Erinnerung zum Anliegen gemacht, der Erinnerungen an die widerfahrenen Verletzungen und auch der Erinnerungen der Familien in der Diaspora. Ihre Arbeit hat so zu einer Rehumanisierung und notwendigen Individualisierung des Bildes geführt, das man sich vom Holocaust bisher machte.

Auf sehr persönliche und doch stets um Verallgemeinerbarkeit bemühte Weise berichtet Haim Dasberg über seine langjährigen Erfahrungen als Psychiater in der israelischen Armee. Er stellt die Einsamkeit dar, in die Soldaten gestellt sind, die seelischen Verletzungen, die sie bewältigen müssen. Er beschreibt differenzierend traumatische Situationen, in die sie, gerade vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte geraten können und schildert Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung. Im Yom-Kippur-Krieg habe er, um die Wartezeit auf eine notwendige Therapie zu verkürzen, zur analytischen Kurzzeittherapie (STDT) gefunden. Ihr vorrangiges Ziel sei es, im neuen Milieu neue Erwartungen zu entwickeln. In einer follow-up-Studie werden Ergebnisse präsentiert, die auf eine positive Wirkung der Therapie hinweisen (S. 94/95). Eine Schwierigkeit bleibt bei diesem Verfahren jedoch: Man braucht oft mehr Zeit, um in die Kindheit vorzudringen, Zeit, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und Übertragungsprobleme in den Griff zu bekommen (S. 77–80). Als Dasberg 1966 vorgeschlagen hatte, in der Armee eine psychiatrische Einheit vorzuhalten, sei das als »amerikanischer Luxus« abgetan worden. Inzwischen wird das jedoch völlig anders gesehen (S. 165).

Vehement wendet sich Haim Dasberg, jetzt als Präsident der israelischen Psychiatervereinigung, gegen ein abwertendes Bild der Psychiatrie, wie es sich in den USA zunehmend findet. Hier weise man organisch begründete psychische Erkrankungen ganz der somatischen Medizin zu, während Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen dem Aufgabenfeld der Psychologen zugeschlagen würden. Psychiatrie als »Behandlung der Seele, des Geistes« hat dann ihren Platz verloren. Dies wohl, weil man ihre Ergebnisse nicht wirklich zählen und messen könne (S. 366). Der Bakteriologie vergleichbare Nachweise kann die Psychotherapie jedoch nicht erbringen, so Dasberg, will sie ihr humanes Gesicht bewahren.

Haim Dasberg meinte auf dem großen hannoveraner Kongress »Schicksale der Verfolgten« von 1989, er überblicke in den von ihm referierten Untersuchungen die Berichte von etwa 6000 Überlebenden. »Will man die bei ihnen vorhandenen Symptome addieren, betragen sie mehrere Zehntausend. Als Psychotherapeut bin ich davon überzeugt, dass hinter jedem einzelnen dieser Symptome eine verborgene, noch nicht in Worte gefasste Geschichte steht, die auf einen Zuhörer wartet ...« Und er schließt seine Ausführungen mit der Frage, ob man »durch psychotherapeutisch orientierte Falldarstellungen oder durch die Darlegung von epidemiologischem und statistischem Material die Spätschäden der Verfolgung ins Bewusstsein der Allgemeinheit« rücken solle: »Man mag darüber unterschiedlicher Auffassung sein. Ich glaube, beide Ansätze sind vonnöten.«

Es ist diese aus der Balance zwischen an den Naturwissenschaften geübter Genauigkeit und durch historische Erfahrung und persönliches Erleben erworbene Einfühlung, die Haim Dasberg Texte immer wieder auszeichnet. Psychiatrie vollzieht sich für ihn, ganz im Sinne Bubers, als dialogische Beziehung im »Zwischen«. Sie sieht ihre Patienten nicht als funktionierende Objekte, sondern als Menschen in ihrer Geschichte. So kommt sie nicht umhin, dem Ungewöhnlichen gegenüber stets offen zu bleiben. Erst auf diesem Weg lässt sich eine gemeinsame Welt mit dem Patienten finden und teilen. Dabei gibt es ein »Umgreifendes«, als spontane Situation im »Ich und Du«, in dem sich die Begegnung zwischen Therapeut und Patient erst wirksam vollzieht. In ihr gründet die Verantwortung – hier mag man an Lévinas denken –, die der Psychiater in der Beziehung zum Patienten zu übernehmen hat.

Haim Dasberg Texte sind keine leichte Lektüre. Sie betrachten die Menschen, mit denen wir es in unserer Arbeit zu tun haben, in den verschiedensten Kontexten und aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln. Und sie tun es sowohl im Gewand des subjektiven Berichts wie der objektivierenden Darstellung. Was sie trägt ist eine entschiedene philosophische Grundlegung und die im umfassendsten Sinn existenzielle Erfahrung, die Dasberg als Überlebender des Holocaust durchlitten hat. So sind sie sehr viel mehr als eine gewinnbringende fachliche Lektüre – sie sind ein »document humain«.

Ralf Seidel, Mönchengladbach



Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N, Sass H (2009)  
**Handbuch der Forensischen Psychiatrie**  
 Band 5, Forensische Psychiatrie im Privatrecht und Öffentlichen  
 Recht, Steinkopff Verlag, 296 Seiten, 99,95 Euro

Mit der Zuverlässigkeit, früher hätte man gesagt, der Deutschen Bahn, bringen die Herausgeber Band für Band ihres Handbuchs der Forensischen Psychiatrie hervor. Den bereits erschienenen folgte im Oktober vergangenen Jahres der 5. Band, der sich mit der Rolle der Forensischen Psychiatrie im Privatrecht und öffentlichen Recht befasst. Sorgfältig werden Kapitel für Kapitel die einzelnen Aspekte dieses Gesamtthemas

ausgebreitet, nachdem zunächst einmal die privatrechtlichen Grundlagen herausgearbeitet wurden. Es folgt die Bearbeitung der Fragen bezüglich der Geschäftsfähigkeit und verwandter Themenbereiche, Begutachtungsfragen im Familienrecht sowie im Betreuungsrecht. Das Unterbringungsrecht kommt ausführlich und detailgerecht zur Darstellung wie schließlich das Straßenverkehrsrecht, das Sozialrecht und besondere

Aspekte zu Begutachtungsfragen im Sozialgericht. Schlussendlich widmet man sich dem Kinder- und Jugendhilferecht.

Wenn eines Tages alle Bände im Bücherregal eingereiht stehen werden, dürfte man bei schnellem Abklärungsbedarf einer Frage ein Zugriffsproblem haben, denn der Buchrücken bietet nur den Namen des Handbuchs und die entsprechende Nummer. Im Zweifelsfall wird man also alle Bände herausholen müssen, um auf der Deckseite herauszubekommen, was sich hinter der Nummerierung verbirgt. Diese Bemerkung erlauben wird uns nur, weil ein anderer Kritikpunkt uns nicht einfällt, wohl wissend, dass wir selbst auch nicht wüssten, wie wir dieses Problem lösen sollten.

*Gunther Kruse, Hannover*



Utschakowski J, Sielaff G, Bock T (Hg.) (2009)  
**Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern**  
 Bonn: Psychiatrie- Verlag, 260 Seiten, 24,95 Euro

Ein Buch zum Mut machen, Mut zum Aufbrechen in eine neue Zukunft der Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in allen Bereichen der Sozialpsychiatrie, der Therapie, der Forschung, der Begleitung von Betroffenen.

Die Weg vom Besonderen zum Allgemeinen. Die atmosphärische Aufbruchstimmung erfasst alle Beteiligten, etwas Neues entsteht und bereichert die psychiatrische Landschaft.

kann, wird positiv bewertet, ohne das mögliche Konfliktherde übersehen werden.

Gyöngyver Sielaff endet ihren Beitrag zu diesem Buch mit einem Zitat von Martin Gutl: »Selbst ratlos sein und doch viele beraten können, selbst gebrochen sein und doch vielen als Halt dienen, selbst Angst haben und doch Vertrauen ausstrahlen, das alles ist Menschsein, ist wirkliches Leben.«

Ich denke, diese Sätze sind Mut machend und treffen die Situation vieler Psychiatrie-Erfahrener. Wir müssen nicht perfekt sein und dürfen stehen auch zu unserem Scheitern.

Die Fortbildung EX-IN ist einer der Schwerpunkte dieses Buchs, wird aus der Sicht der Leiter: Jörg Utschakowski und Gyöngyver Sielaff und aus der Sicht der Absolventen: Rolf Scheffel, Heike Wolters geschildert. Christine Wienemann arbeitet erfolgreich als Dozentin.

Ein weiterer Aspekt des Buchs sind die Projekte, die bereits mit Peers erfolgreich zusammengearbeitet: Change in Birmingham, die Krisenpension in Berlin. Irre Menschlich e. V. in HH, die offenen Herberge in Stuttgart und der LAPK in HH, u. a.

Was in der täglichen Arbeit passiert, passiert in der Begegnung mit anderen Menschen. Ihnen Raum zu geben und mit ihnen solidarisch zu handeln, ist Ziel der Peerarbeit.

Die Entwicklung vom ICH- zum WIRwissen ist ein wesentliches Anliegen der Fortbil-

Die Bereicherung der Szene durch die Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener, die Verlebendigung, die dadurch erreicht werden

Arnhild Köpcke



Borchers E (2009)  
**Wohin steuert das sozialpsychiatrische Projekt?  
 Menschenbilder und Werte im Wandel**  
 Bonn: Psychiatrie-Verlag, 216 Seiten, 29,95 Euro

Die Antwort auf diese Frage drängt sich fast auf: Im Zeichen der leeren Kassen und des allgemeinen Sozialabbaus kann es nur abwärts gehen. Oder vielleicht doch nicht? Eine andere Frage drängt sich auch auf: Hat es »das« sozialpsychiatrische Projekt in Deutschland je gegeben? Die Autorin, Jahrgang 1954, ursprünglich Krankenschwester und Sozialpädagogin in der Psychiatrie, die hier ihre Dissertation zur Doktorin der Psychologie vorlegt, gibt die Antwort bereits in ihrer 50-seitigen Einführung: Es hat seit den Sechzigerjahren Strömungen gegeben, die ihre Wurzeln in der klinischen Psychiatrie, in der englischen und französischen Antipsychiatrie und in der angelsächsischen Psychiatriesozio- und Sozialpsychiatrie haben. Ein einheitliches Projekt ist daraus nie geworden.

Nicht zuletzt die brutale Realität der psychiatrischen Krankenversorgung vor der Psychiatrie-Enquete hat das verhindert. Heiner Keupp, München, der die Dissertation der Autorin betreut hat, unterscheidet mit Recht die Traditionalisten, die Modernisierer (zu denen er den Rezensenten rechnet), die Moralisten (wie Dörner oder Pörksen) und die radikalen Psychiatrie-Kritiker, überwiegend Sozialpädagogen und Sozialwissenschaftler, zu denen auch Keupp gehört. Die Autorin betont, dass sie sich mit ihrer Fragestellung und der Suche nach Werten und Menschenbildern im Wandel bei der Gruppe der Moralisten am besten aufgehoben fühle. Aber die kritischen Positionen von Keupp (und Ernst von Kardorff) ziehen sich gleichsam leitmotivisch durch das Buch.

Das gilt auch für die historische Einführung, in dem aus meiner Sicht interessantesten Teil ihrer Arbeit. Sie spiegelt fast vier Jahrzehnte nach den sozialpsychiatrischen Anfängen die ideologische, wissenschaftstheoretische und strategische Zerrissenheit der damaligen Vorkämpfer einer neuen Psychiatrie. Allerdings erschließt sich mir nicht, wie die Autorin daraus ableitet, dass »das Projekt der Sozial- und Gemeindepsychiatrie psychisches Leid und die erforderlichen Hilfen rekommunalisieren« wollte. Wenn das so war, hat es darüber nie Übereinstim-

mung gegeben – aus meiner Sicht auch deshalb nicht, weil man Leid weder kommunalisieren kann noch soll. Deshalb muss sie zwangsläufig zu dem Ergebnis kommen, dass die Sozialpsychiatrie diesem Auftrag nur teilweise gerecht geworden sei. »Mehr als 30 Jahre nach Beginn der Psychiatriereform präsentiert sich die Gemeinde und Sozialpsychiatrie mit einem Netzwerk ver-

schiedener Einrichtungen, vom Betreuten Wohnen über berufliche Rehabilitationsprojekte bis hin zu Tagesstätten und anderen Initiativen.« Angesichts von dem, was wir auf der »technischen« Ebene wollten, ist das doch eine ganze Menge.

Dass die Entwicklung seit Mitte der Neunzigerjahre rückläufig sei, wird allenthalben verkündet. Ich bin aber nicht sicher, ob das empirischen Untersuchungen standhalten würde. Viel wichtiger ist die Frage nach der therapeutischen Kultur nach fast vier Jahrzehnten sozialpsychiatrisch geprägter Psychiatriereform. Die beantwortet Edith Borchers auch in ihrer qualitativen Untersuchung nicht, die den eigentlichen wissenschaftlichen Teil ihrer Arbeit ausmacht.

ANZEIGE

**Für alle, die in der psychiatrischen Versorgung  
tätig sind und informiert bleiben wollen.**

# Kerbe

**Forum für Sozialpsychiatrie**

Für Experten, Betroffene und Angehörige

- aktuelle Themen
- Berichte aus der Praxis
- Wissenschaftliche Entwicklungen
- Kommentare und Meinungen
- Neues aus der Sozialpolitik
- Fortbildungsangebote

Herausgegeben vom Bundesverband  
 evangelischer Behindertenhilfe  
 (BeB) in Berlin.  
[www.kerbe.info](http://www.kerbe.info)

Erscheint alle 3 Monate

Der Preis für ein Jahresabonnement ist 22,80 Euro

Abrufbar bei

**Verlag und Buchhandlung der  
 Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart GmbH**  
 Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart  
 Telefon 07 11/601 00 - 40, Fax 07 11/601 00 - 76  
[vertrieb@evanggemeindeblatt.de](mailto:vertrieb@evanggemeindeblatt.de)

## ANZEIGE

Thomas Bronisch | Serge K. D. Sulz (Hrsg.)

# Krisenintervention und Notfall

in Psychotherapie und Psychiatrie



Beiträge von  
 Markus Backmund  
 Hellmuth Braun-Scharm  
 Thomas Bronisch  
 Matthias Dose  
 Thomas Giermalczyk und  
 Gesa-Kristina Petersen  
 Helmut Kolitzus  
 Marion Krüsmann et al.  
 Andreas Müller-Cyran  
 Hans Menning und Andreas Maerker  
 Gabriele Schleuning und  
 Susanne Menzel  
 Oliver Schwald und Gerhard Dammann  
 Martin Teising  
 Matthias M. Weber  
 Hans Wedler

Krisen können im Rahmen der bisherigen individuellen Problembewältigungsstrategien nicht gelöst werden und führen daher zu einer erhöhten psychischen Labilität und somatischen Reaktionsbereitschaft bis hin zu manifesten psychopathologischen Symptomen. In den letzten zwei Jahrzehnten haben sich neue Therapieformen der Krisenintervention entwickelt, die sich auf traumatische Erlebnisse beziehen. Krisenintervention ist mit dieser Erweiterung ein großes und wichtiges Gebiet der Psychotherapie (und Psychiatrie) geworden. Dieses Buch gibt durch die Spezialisierung und Erfahrung der Autoren einen Überblick über die gegenwärtigen Interventionsmöglichkeiten bei akuten Belastungsreaktionen und Krisen.

Bibl. Nr. 19655 | 218 Seiten | € 49,-

Jochen Haisch, Heinz-Josef Vogel

## Sozialpsychologische Grundlagen der Psychotherapie



Die Sozialpsychologie gilt als wichtiger Ideengeber für die Psychotherapie. Wir zeigen im Band einerseits, dass ein theoretisch angeleitetes Vorgehen im psychotherapeutischen Einzelfall der Kreativität des Psychotherapeuten bedarf. Wir haben Psychotherapeutenkarten entwickelt, die dem Psychotherapeuten einen raschen Überblick über anwendbare Theorien geben und ihn in die Lage versetzen sollen, über deren praktischen Wert im Einzelfall mit einem Blick zu entscheiden. Außerdem ausführliche Darstellungen der sozialpsychologischen Theorien, jeweils im Zusammenhang mit Beispielen aus der psychotherapeutischen Praxis.

Bibl. Nr. 20808 | 208 S. | 39,- €

Aber sie wird dort ihrem ursprünglichen Anspruch gerecht, der Spurensicherung im sozialpsychiatrischen Labyrinth – so der Originaltitel ihrer Doktorarbeit. In 29 Interviews präsentiert sie eine Fülle von Erinnerungen, Aussagen, Meinungen und Kommentaren von Psychiatrie-Profis, die die Reformphase über längere oder kürzere Zeit miterlebt, mitgestaltet und mit durchlitten haben. Es lohnt, darin zu stöbern, auch wenn man die Beschränkung der zusammenfassenden Interpretation auf vier Seiten bedauert.

*Asmus Finzen, Oberhofen Thunersee*

## Termine

08. Oktober bis 28. Oktober 2010

3. Niedersächsischer Aktionstag für seelische Gesundheit, Fachtagung **»Irre gut aufwachsen« am 8. Oktober 2010** im Congresspark Wolfsburg. Informationen: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Sabine Erven, MPH, Tel.: 0511 38811898, Fax: 0511 3505595, E-Mail: [info@akademie-sozialmedizin.de](mailto:info@akademie-sozialmedizin.de), Internet: [www.akademie-sozialmedizin.de](http://www.akademie-sozialmedizin.de)

Fachtagung am **28.10.2010 »Menschen mit Traumaerfahrung – Eine Herausforderung in der (gemeinde)psychiatrischen Arbeit«**. Fachhochschule Köln, Mainzer Str. 5, 50678 Köln, Informationen: Kölner Verein für Rehabilitation e.V., 50823 Köln, Philippstr. 72–74, Tel.: 0221 813880, Fax 0221 813889, [info@koelnerverein.de](mailto:info@koelnerverein.de)

# www.cip-medien.com

Nymphenburger Str. 185 | 80634 München | Tel. 089-13079321 | Fax 089-132 133 | [cipmedien@aol.com](mailto:cipmedien@aol.com)

# Hinweise für Autorinnen und Autoren - Impressum

## Hinweise für Autorinnen und Autoren

Das INFO lebt von seinen Leserinnen und Lesern, lassen Sie sich also durch die nachfolgenden Hinweise nicht davon abhalten, auch zukünftig spontan und unverlangt Manuskripte einzusenden. Der Verlag steht für Rückfragen jederzeit bereit:

1. Manuskripte sollten nach Möglichkeit weniger als 30.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen) umfassen. Sie können uns neben Textdateien in allen gängigen Formaten Grafiken und Bilder gerne gesondert liefern. Mailadresse: [si@psychiatrie.de](mailto:si@psychiatrie.de). Sind die Daten zu umfangreich, können Sie sie natürlich auch per Post auf einem Datenträger schicken (Redaktionsadresse).

2. Bitte beachten Sie die Text-Struktur der Sozialpsychiatrischen Informationen: Die Hauptüberschrift sollte sehr kurz sein! Ihre Aufgabe besteht lediglich darin, Interesse zu wecken. Inhaltliches gehört in die Unterüberschrift, die etwas länger sein darf. Eine Zusammenfassung ist Voraussetzung für die Annahme des Manuskriptes, sie kann bis zu 700 Zeichen lang sein. Zwischenüberschriften sind ausdrücklich erwünscht. Die Redaktion behält sich vor, in Überschriften und Zusammenfassung notfalls redaktionell einzugreifen, um der Zeitschrift ein einheitliches Aussehen zu geben.

3. Für die Autorenangaben bitten wir um ein Foto. Wenn Sie selbst nicht abgebildet werden möchten, können Sie ein anderes zum Artikel passendes Motiv wählen. Bilddateien bitte mit 300 dpi auflösen (bezogen auf die ungefähre Größe des Abdrucks). Das gilt auch für andere Abbildungen in Ihrem Artikel. Farbige Abbildungen sollten kontrastreich genug sein, um auch schwarz-weiß zu wirken.

4. Diagramme nach Möglichkeit mit den zugrunde liegenden Zahlen (z. B. als Excel-Tabelle) liefern, damit sie für den Satz ggf. neu gestaltet werden können.

5. Die Redaktion bemüht sich um eine schnelle Rückmeldung zum Manuskript. Wir gehen davon aus, dass die Manuskripte nicht gleichzeitig mehreren Zeitschriften angeboten werden. Nach Annahme wird das Manuskript im nächsten thematisch passenden Heft erscheinen.

6. Sie erhalten ein PDF ihrer Arbeit als Sonderdruck (bitte E-Mail angeben). Auf Wunsch versenden wir bis zu zehn Sonderdrucke ihrer Arbeit kostenlos als Printversion. Weitere Sonderdrucke liefert der Verlag gegen Berechnung eines Kostenanteils von 0,05 € pro Seite.

### Die nächsten Schwerpunktthemen\*

- »Tabus – Verschwiegene Realitäten« (Heft 2/2011)
- »Aufklärung und Romantik« (Heft 3/2011)
- »Rehabilitation« (Heft 4/2011)

\* Diese Themenplanung kann sich aufgrund aktueller Entwicklungen verändern

## sozialpsychiatrische Informationen

Gegründet 1970  
ISSN 0171 - 4538  
Postvertriebsnr. G 07569

### Redaktion:

**Michael Eink**, Hannover  
**Hermann Elgeti**, Hannover  
**Helmut Haselbeck**, Bremen  
**Gunther Kruse**, Langenhagen  
**Sibylle Prins**, Bielefeld  
**Renate Schernus**, Bielefeld  
**Ulla Schmalz**, Düsseldorf  
**Ralf Seidel**, Mönchengladbach  
**Annette Theißen**, Hannover  
**Peter Weber**, Hannover  
**Dyrk Zedlick**, Glauchau

**Redaktionsanschrift:** Peter Weber, Ahlemer Str. 10,  
30451 Hannover  
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 12382998  
E-Mail: [si@psychiatrie.de](mailto:si@psychiatrie.de)

**Verlag:** Psychiatrie-Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a,  
53111 Bonn, Tel. 0228 725340, Fax 0228 7253420  
[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de), E-Mail: [verlag@psychiatrie.de](mailto:verlag@psychiatrie.de)

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** jährlich 36,- Euro einschl. Porto, Ausland 42,- Euro  
Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Studentenabo:** 26,- Euro, Ausland 31,- Euro inkl. Porto

**Einzelpreis:** 12,90 Euro

**E-Paper:** [www.verlag.psychiatrie.de/zeitschriften](http://www.verlag.psychiatrie.de/zeitschriften)

**Satz:** Psychiatrie-Verlag, Bonn

**Layoutkonzept:** p.o.l: kommunikation design, Köln

**Druck:** Ostfriesische Beschäftigungs- und Wohnstätten GmbH,  
Emden

# Kultbücher

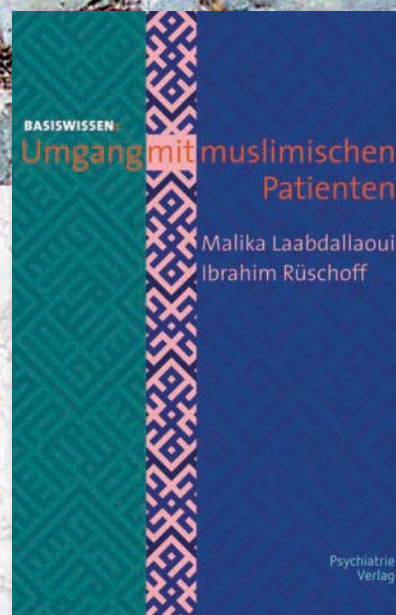
www.psychiatrie-verlag.de

Für die interkulturelle Kompetenz in der Psychiatrie

Die Verunsicherung im Gesundheitswesen über das richtige Verhalten gegenüber muslimischen Patienten ist immer noch groß. Dieser Band fasst pointiert zusammen, was Helfer berücksichtigen müssen, wenn sie Muslime erfolgreich behandeln wollen.

Malika Laabdallaoui, Ibrahim S. Rüschoff  
**Umgang mit muslimischen Patienten**

Reihe Basiswissen  
 1. Auflage 2009, 140 Seiten, 14,95 €  
 ISBN 978-3-88414-484-8



## Handbuch Transkulturelle Psychiatrie

Thomas Hegemann  
 Ramazan Salman  
 (Hg.)

Psychiatrie  
 Verlag

Das »Handbuch Transkulturelle Psychiatrie«, herausgegeben von Hegemann und Salman, ist die vollständig überarbeitete Neuauflage ihres Standardwerks zur Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund. Es vermittelt allen, die mit Patienten aus anderen Kulturen zu tun haben, theoretisches und praktisches Wissen, um ihnen ideenreich und wirksam helfen zu können. Es vermittelt die notwendige interkulturelle Kompetenz, die ein kultursensibles Arbeiten ermöglicht.

Thomas Hegemann, Ramazan Salman (Hg.)  
**Handbuch Transkulturelle Psychiatrie**  
 1. Auflage 2010, 488 Seiten, 39,95 €  
 ISBN 978-3-88414-467-1