



Migration & Gesundheit

Dossier



Herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung.

Veröffentlicht auf der Website: www.migration-boell.de (MID)

Direktlink: http://www.migration-boell.de/web/integration/47_2075.asp

Deckblatt: Ipek Mursaloglu (Istanbul)

Redaktion: Martha Escalona-Zerpa

Verantwortlich: Olga Drossou

April 2009

Inhalt

Vorwort	4
I Risiken, Bedürfnisse & Gesundheitsversorgung	
NIVEDITA PRASSAD	
Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen	7
GABRIELE DENNERT	
Gesundheit und Gesundheitsversorgung lesbischer und schwuler MigrantInnen	14
ELÈNE MISBACH UND JOSEPHINE JENSSEN	
Zur Gesundheitsversorgung Illegalisierter	14
ROSALINE M'BAYO	
Zur Gesundheitsversorgung afrikanischer Migrantinnen	29
FEYZA PALECEK	
Ältere Migrantinnen, soziale Lage und Gesundheit	36
II Gesundheitsversorgung & Transkulturelle Psychiatrie/Psychologie	
WIELANT MACHLEIDT	
Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen	44
ISAAC BERMEJO BRAGADO UND ALESSA VON WOLFF	
Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten und transkulturelle Psychologie	55
ELIF D. CINDIK	
Migration, seelische Gesundheit und Transkulturelle Psychiatrie	62
JAN ILHAN KIZILHAN	
Subjektive Krankheitswahrnehmung bei MigrantInnen aus familienorientierten Gesellschaften	69
III Gesundheitsförderung & Projekte	
INGRID PAPIES-WINKLER	
Kinder mit Migrationshintergrund als Kiezdektective unterwegs	81
RÜDIGER SCHMOLKE	
Konsumkompetenzen stärken! Good-Practice-Interventionen der Suchtprävention	90
SABINE OLDAG	
Relevanz eines Dolmetscherdienstes in der Gesundheitsversorgung	100
LINKLISTE	106

Vorwort

Die Migrationserfahrung ist für viele MigrantInnen ein einschneidendes Erlebnis und, unabhängig von den Ursachen und der Motivation, einer der prägendsten Lebensabschnitte in ihrer Biografie. Das Verlassen der Heimat und das Ankommen in einer neuen Gesellschaft erfordern oft die Überwindung vorgegebener Barrieren und die emotionale Bewältigung von neuen Herausforderungen. Die Verarbeitung der damit verbundenen Trauer- und Loslöseprozesse verlangt von ihnen viel Kraft und hat entsprechend Einfluss auf ihre körperliche, emotionale und psychische Gesundheit.

Neben der Verarbeitung der Migrationserfahrungen sind weitere Faktoren wie die sozio-ökonomische Position, die ethnisch-kulturellen und geschlechtsspezifischen Einstellungen und Erfahrungen wichtig für ihre Gesundheit. Denn die Erfahrungen von sozialer Ungleichheit, Ungerechtigkeit, Rassismus und Diskriminierung greifen in den körperlichen und seelischen Nahbereich des Menschen ein und beschränken seine Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung und gesellschaftlichen Partizipation.

Gesundheit und der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem sind entscheidende Schlüssel für gesellschaftliche Inklusion. Bereits 1946 wurde das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit sowie auf Zugang zu medizinischer Versorgung als individuelles Menschenrecht anerkannt. Eine Gesellschaft, die sich für die gesellschaftliche Inklusion und Teilhabe aller BürgerInnen, auch der Minderheiten, entscheidet, hat diese menschenrechtlichen Standards bei der Gesundheitsversorgung der MigrantInnen (unabhängig von ihrem aufenthaltsrechtlichen Status) einzuhalten.

Gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem bedeutet vor allem eine Gewährleistung des allgemeinen Standards aber auch eine adäquate Versorgung, die eine interkulturell kompetente Betreuung gewährleistet. Um dies zu erreichen und das Verständnis für die besonderen Bedürfnisse der PatientInnen aus anderen Kulturkreisen zu entwickeln, ist die interkulturelle Sensibilisierung des Fachpersonals im Gesundheitswesen unerlässlich. Zur interkulturellen Öffnung des Systems gehören auch die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote sowie die verstärkte Einbeziehung von Fachkräften mit Migrationserfahrung.

In diesem Dossier werden die Belastungs- und Risikofaktoren, die die Gesundheit von MigrantInnen beeinflussen sowie die besonderen Bedürfnisse und die Versorgungssituation verschiedener in Deutschland lebender MigrantInnengruppen analysiert. Besonderer Schwerpunkt wird auf das Selbstverständnis der trans- bzw. interkulturellen Psychiatrie und Psycho-

logie gelegt, die im Umgang mit psychisch Kranken aus anderen Kulturkreisen besonders herausgefordert sind. Schließlich werden Projekte der Gesundheitsförderung und -prävention für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund vorgestellt.

Olga Drossou.
MID-Redaktion
Heinrich-Böll-Stiftung

Dr. Martha Escalona Zerpa
Dossier-Redakteurin

Dr. Martha Escalona Zerpa ist selbständige Journalistin sowie freiberufliche Trainerin und Referentin. Sie arbeitet in der Konzeption und Durchführung von Seminaren im Bereich der Erwachsenenbildung u.a. für den Klettverlag. 1993 hat sie an der Humboldt Universität zu Berlin im Bereich der Kreativitätspsychologie promoviert. 2004 hat sie den 1.Preis des „ISA-Innovationspreis“ für das Partizipationsprojekt für Kinder- und Jugendliche: „Das Berliner Stadtforum“ (Siehe: www.isa-muenster.de/innopreis2004.htm) gewonnen. 2006 hat sie als wissenschaftliche Stipendiatin im Rahmen eines Frauenförderungsprogramms der Humboldt Universität zu Berlin eine qualitative empirische Studie zum Thema: „Sexuelle Diversität, lesbische Identität und Migration“ durchgeführt.

I Risiken, Bedürfnisse & Gesundheitsversorgung

Gewalt, Rassismus oder gesellschaftliche Ausgrenzung sind für die Gesundheit wichtige Faktoren, die in den meisten Analyse außer Acht gelassen werden. Sie spielen zweifellos eine wichtige Rolle bei MigrantInnengruppen, die wegen ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Erkrankung an HIV und AIDS oder ihren ungeklärten rechtlichen Aufenthaltsstatus oder ihr Alter besonderer gesellschaftlicher Diskriminierung und Ausgrenzung ausgesetzt sind.

- **Nivedita Prasad** analysiert den Einfluß von Gewalterfahrungen, Rassismus und anderen Diskriminierungsformen sowie ausländerrechtlicher Einschränkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von MigrantInnen.
- **Gabriele Dennert** befasst sich mit der Gesundheitsversorgung von homosexuellen MigrantInnen, die gesellschaftlich wenig wahrgenommen und erforscht werden.
- **Eléne Misbach** und **Josephine Jenssen** beschäftigen sich mit der immernoch schwierigen Aufgabe der medizinischen Versorgung illegalisierter Menschen, die aktuell keinen Zugang auf Bildung, Arbeit und Gesundheitswesen in Deutschland haben.
- **Rosaline M'bajo** berichtet über ihre Erfahrungen als Gesundheits- und Sozialberaterin und die besonderen Probleme HIV- und AIDS-erkrankter afrikanischer MigrantInnen.
- **Feyza Palacek** erläutert die verschiedenen Erfordernisse, die in der Altenhilfe bei der Betreuung und im Falle der Pflegebedürftigkeit älterer MigrantInnen zu beachten sind.

Nivedita Prasad

Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen

Über die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen ist in den vergangenen Jahren sehr viel geschrieben, diskutiert und geforscht worden. Während manche Arbeiten schon in Titeln wie „Macht Migration krank?“ Migration an sich pathologisieren, konzentrieren sich andere auf tatsächliche oder konstruierte Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede werden in der Regel als „kulturelle“ analysiert.

Viele AutorInnen verlieren sich in „kulturspezifischen Betrachtungen“ mit entsprechenden Handlungsempfehlungen oder Anleitungen im Umgang mit dem konstruierten Anderen (zum Beispiel die Website www.kultur-gesundheit.de). Im Gegensatz hierzu sind „Erkrankungen durch psychosoziale Belastungen infolge der Trennung von der Familie oder politischer Verfolgung im Herkunftsland“ (Razum/Zeeb/Schenk 2008), der Einfluss von ausländerrechtlichen Rahmenbedingungen und Rassismus als gesundheitlicher Risikofaktor weniger häufiger thematisiert.

Rassismus als Trauma?

Dass Rassismus und andere Diskriminierungsformen das Leben von MigrantInnen maßgeblich beeinflussen können, ist bekannt. Viele MigrantInnen und andere People of Color erleben Rassismus in all seinen vielfältigen alltäglichen Ausprägungen und haben unterschiedlichste Formen des Umgangs hiermit gefunden. Diese Erlebnisse jedoch als möglicherweise traumatisierend zu analysieren, ist vergleichsweise jung und nicht ganz unumstritten. Eine der wenigen, die dieses Konzept sehr überzeugend darstellt, ist die Psychologin Grada Kilomba Ferreira, die davon ausgeht, dass

„die Absenz der Benennung von Rassismus als Trauma daran liegt, dass die Geschichte der rassistischen Unterdrückung und deren psychologischen Auswirkungen innerhalb des westlichen Diskurses bisher vernachlässigt wurden. Menschen der Afrikanischen Diaspora sind damit jedoch tagtäglich konfrontiert. Sie müssen nicht nur auf einer individuellen Ebene, sondern auch auf einer historischen und kollektiven Ebene mit den Traumata der Sklaverei und des Kolonialismus sowie dem Gefühl der Scham umgehen.“ (Ferreira 2004)

So untersucht Ferreira in diesem Text u.a. die Beschimpfung mit dem Wort "Neger" als eine Form von Trauma. Sie geht von der ursprünglichen Bedeutung des Wortes Trauma aus, was soviel wie 'Wunde' oder 'Verletzung' bedeutet. Ferreira macht deutlich,

„dass in der Psychoanalyse ein Trauma durch seine Intensität, die es unmöglich macht, adäquat zu reagieren, definiert wird. Es beinhaltet die Idee eines gewalttätigen Schocks, der plötzlich die Beziehung mit anderen und mit der Gesellschaft auseinander reißt. Ebenso ist es die Idee einer unbeschreiblichen Wunde, auf die man/frau keine Worte und Symbole zum Reagieren hat. Es hinterlässt psychologische Narben in Form von Ängsten, Alpträumen und 'Flashbacks' oder hat zusätzliche körperliche Auswirkungen.“ (Ferreira 2004)

Die fortdauernde Begegnung mit solchen sprachlichen und anderen rassistischen Entgleisungen, die Schwierigkeit der „angemessenen“ Reaktion und vor allen Dingen der nachhaltige Einfluss dieser Konfrontationen auf Migrantinnen lassen das Konzept von Rassismus als traumatisierend und damit auch als krankmachend durchaus als realistisch erscheinen.

Dies deckt sich mit den Untersuchungen der amerikanischen Professorin [Nancy Krieger](#) die einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Rassismus und einer erhöhten gesundheitlichen „Vulnerabilität“(Anfälligkeit) festgestellt hat

Gewalt gegen Migrantinnen

Neben dem tatsächlichen Erleben von Diskriminierung kann die Angst, Rassismus zu schüren, zu besonders fatalen Situationen führen; dies betrifft u.a. Migrantinnen, die innerethnische Gewalt erlebt haben (siehe hierzu auch Prasad 2006). Eine neuere [Studie](#) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Gesundheit-Gewalt-Migration von 2009 zur Häufigkeit von Gewalterlebnissen bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bestätigt dies. Sie weist darauf hin, dass Migrantinnen „... sich schwer aus Gewaltsituationen lösen können, weil sie durch soziale und psychische Diskriminierung in Deutschland geschwächt und beeinträchtigt werden.“

Das Thema „Gewalt gegen Migrantinnen“ ist von besonderer politischer Brisanz. In der öffentlichen Wahrnehmung entsteht der Eindruck, es handele sich hierbei ausschließlich um innerethnische Gewalt in Communities, die als muslimisch konstruiert werden. Interethnische Gewalt, insbesondere die Beteiligung deutscher Männer ohne Migrationshintergrund an Gewalt an Migrantinnen, wird dagegen vernachlässigt. Diese einseitige Sicht bietet die Möglichkeit

der politischen Instrumentalisierung des Themas, um Einwanderungsmöglichkeiten zu beschränken.

Besonders deutlich wurde dies bei der letzten Verschärfung des Aufenthaltsgesetzes im August 2007. Hier wurden mit der Begründung, Gewalt gegen Migrantinnen – insbesondere Zwangsheirat – verhindern zu wollen, sehr diskriminierende Maßnahmen verabschiedet, die die Migration von HeiratsmigrantInnen maßgeblich erschwert haben.

Die überproportionale Präsenz von Migrantinnen in Frauenhäusern spielte in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle. Je nach politischem Hintergrund kann diese statistisch belegte Realität unterschiedlich gewertet werden. Häufig werden jedoch auch hier kulturalisierende Deutungen präferiert, mit denen suggeriert wird, dass es sich bei Gewalt um eine kulturell akzeptierte Normalität handele. Stefan Gaitanides beispielsweise trägt mit seiner Analyse zu einer neuen Deutung dieser statistischen Tatsache bei. Er weist daraufhin, „dass mit der Überrepräsentation in den ‚Endstationen‘ der sozialen Arbeit – wie zum Beispiel in Frauenhäusern – eine Unterrepräsentation von Migranten vor allem in den präventiven Bereichen der sozialen Dienste einhergeht.“ (Gaitanides 2007, S. 38). Gewalt gegen Migrantinnen und der Einfluss von Rassismus, der u.a. dafür sorgt, dass Migrantinnen in gewalttätigen Situationen verbleiben, sind Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit von Migrantinnen auswirken.

Aufenthaltsstatus und Gesundheit

Der Aspekt der strukturellen Diskriminierung – insbesondere der Einfluss der aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen –, der das Leben von MigrantInnen maßgeblich beeinflusst, wird in Studien manchmal erwähnt, aber häufig nur am Rande. Dies ist unverständlich und für die Praxis fatal, denn im Leben von MigrantInnen sind die Regelungen im Aufenthaltsgesetz entscheidend für den Zugang zum Hilfesystem, zu Sozialleistungen etc. Der Aufenthaltsstatus kann variieren zwischen keinem vorhandenen Status und einer Niederlassungserlaubnis; entsprechend unterschiedlich sind auch die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten bzw. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen. Dies hat natürlich einen direkten Einfluss auf den tatsächlichen Gesundheitszustand.

„Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus sind besonders vulnerabel, über ihre gesundheitliche Situation sind aber kaum belastbare Daten verfügbar.“ ((Razum/Zeeb/Schenk 2008). Die einzige mir bekannte deutschsprachige Studie zu diesem Thema ist bezeichnenderweise keine deutsche, sondern eine Schweizer Studie von 2004, die eindeutig feststellte, dass:

„...die Mehrheit der Migrantinnen ihren unsicheren Aufenthaltstatus als ihre psychosoziale Gesundheit beeinträchtigend wahrnehmen. Der negative Einfluss eines unsicheren Status auf Gesundheit ist umso größer, je weniger externe Ressourcen einer Migrantin zur Verfügung stehen. Eine unsichere Aufenthaltssituation ist mit so vielen Schwierigkeiten verbunden, dass die vorhandenen internen Ressourcen nicht als Schutz für die Gesundheit eingesetzt werden können“ (Hunkeler/Müller 2004 S. 6).

Im Einzelnen kommen die Autorinnen zu dem Ergebnis, dass „Menschen in einer unsicheren Aufenthaltssituation Menschen in sicheren Aufenthaltsverhältnissen auf allen Ebenen der Lebensgestaltung unterlegen sind.“ (ebd. S.166). Sie stellen auch fest, dass es einen Zusammenhang zwischen einer unsicheren Aufenthaltserlaubnis und der Wohn- bzw. Arbeitssituation gibt (ebd. S. 172). Besonders deutlich dürfte dies werden, wenn wir uns die Lebensbedingungen von Menschen ohne Papiere (s. [Website PICUM](#)), Flüchtlingen ([Website Flüchtlingsrat Berlin](#)) und Betroffenen des Menschenhandels ([Website Ban-Ying](#)) vor Augen führen.

Aber auch andere Gruppen von Migrantinnen sind aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen unterworfen, die der körperlichen wie psychischen Gesundheit nicht zuträglich sein dürfen. Ein eklatantes Beispiel hierfür bietet § 31 Aufenthaltsgesetz. Dieser sieht vor, dass nicht-deutsche EhepartnerInnen mindestens 2 Jahre nach Ausstellung ihres – von der Ehe abhängigen – Aufenthaltsstatus mit dem deutschen Ehepartner zusammenleben müssen. Diese Ehebestandszeit von 2 Jahren muss im Zweifel nachgewiesen werden. Sollte die Ehe vor Ablauf dieser Zeit scheitern, müssen die nicht-deutschen EhepartnerInnen und ihre nicht-deutschen Kinder ausreisen. Wenn die Fortsetzung der Ehe „eine besondere Härte“ bedeutet, ist es theoretisch möglich, vor Ablauf dieser 2 Jahre einen eigenständigen Aufenthaltsstatus zu erhalten. So kann Gewalt in der Ehe als Härte anerkannt werden, sofern diese nachgewiesen werden kann, was in der Praxis allerdings sehr schwierig ist. Das Gesetz ist natürlich geschlechtsneutral formuliert, aber wenn es um Gewalt in der Ehe geht, sind in der Regel die Frauen die Leidtragenden, sodass dieses Gesetz als eines gesehen werden muss, welches – zwar unintentional – aber dennoch Frauen überproportional betrifft.

Die Regelungen des § 31 AufenthaltG machen es vielen Migrantinnen beispielsweise unmöglich, vom Gewaltschutzgesetz zu profitieren. Dieses Gesetz ermöglicht es u.a., dass der Gewalttäter – zumindest vorübergehend – der gemeinsamen Wohnung verwiesen wird. Diese Wegweisung und damit auch eine – zumindest vorübergehende – Trennung des Ehepaares ist damit aktenkundig. Dies hat zur Folge, dass die Mindestehebestandszeit als nicht erfüllt gilt und der nicht-deutsche Ehepartner in der Regel die Aufenthaltserlaubnis verliert.

In einer besonders schwierigen Situation sind Kinder von Migrantinnen, die vom deutschen Stiefvater sexuell missbraucht wurden. Zwar ist sexueller Missbrauch von Kindern explizit als Härtefall genannt – aber auch dieser muss nachgewiesen werden. Es entsteht also die fatale Situation, dass die betroffenen Kinder gezwungen werden, über sexuelle Gewalt zu sprechen, um den eigenen Aufenthaltstitel und den der Mutter nicht zu gefährden. Die Folge dieser Regelung ist, dass viele von Gewalt betroffene Migrantinnen sich entschließen, die Gewalt in Kauf zu nehmen, bis sie den Anspruch auf einen eigenständigen Aufenthaltsstatus haben. Auf diese spezifische Vulnerabilität weisen auch Hunkeler/Müller hin, die zudem davon ausgehen, dass „diese Vulnerabilität auch für die Anfälligkeit für physische und psychische Beeinträchtigungen gilt.“ (Hunkeler/Müller 2004, S. 166).

Die absurdeste Verknüpfung zwischen einem Aufenthaltsstatus und dem Gesundheitszustand eines Menschen wird hergestellt, wenn der Aufenthaltsstatus eines Migranten bzw. einer Migrantin auf einer ernsthaften Erkrankung und/oder Traumatisierung basiert, wie zum Beispiel im Fall von bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen, die unter schweren posttraumatischen Belastungsstörungen leiden (siehe hierzu auch Veranstaltungsdokumentation: [Krankheit als Abschiebehindernis](#)). Eine Genesung in solchen Fällen hat notgedrungen die Abschiebung zur Folge. Gesundheit in solchen Fällen wieder herzustellen, ist meiner Ansicht nach nicht nur nicht leistbar; vielmehr erscheint eine solche Regelung besonders geeignet, den Gesundheitszustand weiter zu verschlechtern. Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen von Hunkeler/Müller, die darauf hinweisen, dass „die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus sich zuerst auf der psychischen, später auf der physischen Ebene zeigt.“ (Hunkeler/Müller 2004, S. 172).

Ausblick

Gesundheit wird von der WHO definiert als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946). Das Recht auf Gesundheit im Sinne der WHO ist in vielen Menschenrechtsdokumenten festgeschrieben – so auch in [Artikel 12 des UN-Sozialpakts](#), wo das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit sowie das Recht auf medizinische Versorgung für jeden Menschen bestimmt ist.

Nach der Auslegung des UN Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte beinhaltet dieses Recht nicht nur die Verfügbarkeit von quantitativ ausreichenden und qualitativ genügenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, sondern auch den diskriminierungs-

freien Zugang zu den vorhandenen Gesundheitseinrichtungen ([Allgemeine Erklärung General Comment Nr. 14](#) des Ausschusses für WSK-Rechte) .

Es stellt sich also die Frage, ob MigrantInnen in Deutschland in den Genuss dieser – ihnen zustehenden – Menschenrechte kommen oder nicht. Bei undokumentierten MigrantInnen dürfte die Verneinung dieser Antwort leicht fallen, ebenso bei Asylsuchenden und Betroffenen des Menschenhandels, die per Gesetz (§ 4 Asylbewerberleistungsgesetz) nur einen Anspruch auf limitierte gesundheitliche Leistungen haben. Bei anderen Gruppen von MigrantInnen ist es schwerer, diese Frage zu beantworten.

Natürlich kann der Staat für die rassistische Diskriminierung einzelner privater AkteurInnen nur sehr begrenzt verantwortlich gemacht werden. Dennoch bin ich der Ansicht, dass hierzulande von einem diskriminierungsfreien Zugang zu vorhandenen Gesundheitseinrichtungen keine Rede sein kann. Auch die weitgehende Ignoranz von Rassismus als krankmachenden Aspekt ist in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbar.

Am schwersten ist aber vorstellbar, dass Migrantinnen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus bzw. einem Aufenthaltsstatus, der sich beispielsweise direkt von einem Ehemann ableitet, sich in einem Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens befinden. Vielmehr wurde hier eine Situation geschaffen, in der von Gewalt betroffene Migrantinnen in Lebensbedingungen ausharren, die ihnen physisch wie psychisch Schaden zufügen. Für diese Regelung hingegen kann der Staat verantwortlich gemacht werden, sodass die Frage nach dem Genuss des Menschenrechts auf Gesundheit für viele Gruppen von Migrantinnen verneint werden muss.

Link

Homepage [Ban-Ying - Beratungs- und Koordinationsstelle gegen Menschenhandel](#):

Literatur

- Grada Kilomba Ferreira 2004: [Don't You Call Me Neger](#),
- Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Schenk, Liane 2008: Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken, in Deutsches Ärzteblatt 2008 <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=62423>
- Hunkeler, Brigitte & Müller, Eva: Aufenthaltsstatus und Gesundheit, Lizentiatsarbeit der Universität Zürich, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Verfügung Nr. 03.001058, September 2004.

- Gaitanides, Stefan 2007: „'Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste' – Visionen und Stolpersteine“ in: Rommelspacher, Birgit & Kollack, Ingrid (Hrsg.): Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt. S. 35-58.
- Prasad, Nivedita 2006: „Migrantinnen und sexualisierte Gewalt“ in: Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, Heft 24/06. Zürich. S. 39–49.
- Dies. 2008: [„Gewalt gegen Migrantinnen und die Gefahr ihrer Instrumentalisierung im Kontext von Migrationsbeschränkung.“](#)

Dr. Nivedita Prasad ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei *Ban Ying* und arbeitet als Dozentin für verschiedene Unis zu den Themen wie Rassismus, Migration, Diskriminierung und Menschenrechte. 2008 promovierte sie zum Thema: „Gewalt gegen Migrantinnen“

Gabriele Dennert

Gesundheit und Gesundheitsversorgung lesbischer und schwuler MigrantInnen in Deutschland

Migration bedeutet mehr als die Überwindung von Landesgrenzen. Der Prozess des Ankommens in der neuen Gesellschaft setzt die Überwindung etlicher weiterer Barrieren voraus. Sowohl aus der Sicht der Gesellschaft als auch aus der Perspektive des migrierten Individuums spielt die Frage der „Gesundheit“ dabei eine wesentliche Rolle: Zum einen haben Migrationserfahrungen Auswirkungen auf die persönliche körperliche und psychische Gesundheit, zum anderen ist der gleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle BürgerInnen eine zentrale Frage gesellschaftlicher Ein- und Ausschlüsse. Dies wird besonders wichtig, wenn es um die Situation von MigrantInnen geht, die als Lesben und Schwule einer weiteren Minderheit angehören.

Recht auf Gesundheitsversorgung ohne Diskriminierung

Im Artikel 35 der „Charta der Grundrechte der Europäischen Union“ heißt es: „Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“ (Europäische Union 2000, 16). Gleichberechtigter Zugang zu einer fachgerechten Gesundheitsversorgung soll die Grundlage für gute Gesundheit aller BürgerInnen schaffen, die als eine Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, wirtschaftlichen und politischen Leben angesehen wird. Artikel 21 derselben EU-Grundrechtecharta verbietet folgerichtig die Diskriminierung, unter anderem aufgrund von Geschlecht, ethnischer oder sozialer Herkunft und auch der sexuellen Orientierung.

Lesben und Schwule mit Migrationshintergrund

Lesbische und bisexuelle Frauen, schwule und bisexuelle Männer sind Teil der weltweiten Migrationsbewegungen. Unter den 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (Mikrozensus 2005, vgl. Berens, Spalek, & Razum, 2008) befinden sich, wenn man die übliche Schätzung von 5% Homosexueller zugrunde legt, ungefähr 765.000 Lesben und Schwule. Zwei Drittel der 15,3 Millionen MigrantInnen sind selbst eingewandert, ein Drittel stammt aus migrantischen Familien – über die Hälfte sind deutsche Staatsangehörige. Hinzu kommen noch Lesben und Schwule, die als sog. irreguläre MigrantInnen mangels Aufenthaltstitel in den Statistiken nicht geführt werden.

Aufgrund der Marginalisierung lesbischer und schwuler Lebensweisen und von MigrantInnen, werden die Anliegen und Bedürfnisse von migrierten Lesben und Schwulen gesellschaftlich kaum wahrgenommen und diskutiert. Dabei kommt Fragen der gesellschaftlichen Inklusion und Partizipation in Zeiten der kulturellen Pluralisierung – sei es durch Migrationsprozesse oder die Diversifizierung von sexuellen Lebensweisen und Geschlechterrollen – eine große Bedeutung für soziale Gerechtigkeit und Kohäsion einer Gesellschaft zu. Das Gesundheitswesen ist hierfür ein zentraler Ort: „Gesundheitssysteme und all ihre beteiligten Personen und Kräfte können genauso analysiert werden im Hinblick auf deren Auswirkung auf die Würde des Menschen, Gleichheit und Freiheit wie im Hinblick auf die Fähigkeit, Krankheiten zu verhindern und zu behandeln.“ (Fabeni & Miller, 2007, 93; Übersetzung G.D.)

Lesben und Schwule im Migrationsprozess

Migration und das nachfolgende Ankommen in der neuen Gesellschaft sind wichtige Erfahrungen in der persönlichen Biographie und eröffnen neue Lebensmöglichkeiten, die geschlechtsspezifisch geprägt sind (Espin, 1997). Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten, Berufstätigkeit und die Anforderungen an die persönliche Rolle im öffentlichen wie privaten Raum verändern sich. Das Coming Out als Lesbe oder Schwule mag vor der Migration geschehen oder danach erlebt worden sein oder sogar die treibende Kraft hinter dem Migrationswunsch gewesen sein. Immer ist eine Integration von verschiedenen Erfahrungen, gesellschaftlichen, familiären und sozialen Anforderungen im persönlichen Lebensentwurf nötig.

Dabei sehen sich lesbische Migrantinnen und schwule Migranten einerseits von fördernden Einflüssen – z.B. möglicherweise verbesserten Bildungschancen für Mädchen, der Möglichkeiten einer eigenständigen Berufstätigkeit für Frauen oder das Vorhandensein einer lesbisch/schwulen Subkultur – unterstützt. Andererseits werden sie auch durch Diskriminierung in Form von Rassismus, Sexismus oder Ablehnung gegenüber Homosexuellen behindert.

Die Situation verfolgter Lesben und Schwuler im Asylverfahren

Die wenigsten Lesben und Schwulen, die nach Deutschland einwandern, migrieren auf der Flucht vor Verfolgung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung. Aufgrund ihrer besonderen rechtlichen und sozialen Lage stellen Lesben und Schwule im und nach dem Asylverfahren jedoch eine Gruppe dar, bei der hoher Bedarf für Verbesserungen der Lebenssituation besteht.

Häufig Verfolgung – selten Asyl

Prinzipiell besteht die Möglichkeit, dass verfolgten Lesben und Schwulen in Deutschland Asyl gewährt wird – sie also einen Aufenthaltsstatus erlangen können. Eine kleine Anfrage im Bundestag im Jahr 2006 hat ergeben, dass beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) keine Statistik geführt wird, Homosexualität nach Einschätzung des BAMF “eher selten“ im Asylverfahren als Begründung vorgebracht wird (Bundesregierung, 2006).

Leider ist dies kein Hinweis darauf, dass die Verfolgung aufgrund der sexuellen Orientierung und Lebensweise weltweit nur selten auftritt: In 7 Ländern und Regionen wird männliche und/oder weibliche Homosexualität mit der Todesstrafe bestraft, in weiteren 92 Ländern strafrechtlich verfolgt (ILGA, 2008). Hinzu kommen Verfolgung und Gewalt durch nicht-staatliche Gruppierungen bis hin zur eigenen Familie, deren Ausmaß teilweise enorm ist: So gaben in einer südafrikanischen Befragung 10% der Schwarzen und 4% der weißen Lesben an, alleine im Zweijahreszeitraum 2002/03 sexuelle Gewalt erlebt zu haben (ILGA, 2006).

Barrieren für Lesben und Schwule auf der Flucht

Die bekannten Hürden, denen sich Frauen, Männer, Jugendliche und Kinder auf der Flucht und im Asylverfahren gegenüber sehen, nehmen für Lesben und Schwule eine spezifische Gestalt an:

- Menschen im Asylverfahren sind auf die Zusammenarbeit und die Unterstützung durch Mitflüchtlinge angewiesen, um an Informationen zu gelangen und sozialer Isolation entgegenzuwirken. Wenn ihre Homosexualität bekannt wird, riskieren sie ablehnende Reaktionen und sozialen Ausschluss.
- Die Unterbringung in Flüchtlingsunterkünften, teilweise in Mehrbettzimmern, setzt Schwule und Lesben in hohem Maße dem Risiko von Gewalt durch andere BewohnerInnen und auch das Personal aus (zum Thema sexuelle Gewalt gegen Frauen durch Personal vgl. Link <http://thevoiceforum.org/node/1075>).
- Die Anforderung des Asylverfahrens, in Asylantrag und Anhörungsverfahren stimmige und offene Angaben zu ihrer Verfolgungsgeschichte machen zu können, stellt eine große Barriere dar für Menschen, die oft selbst ihre sexuelle Identität aufgrund der erlebten gesellschaftlichen Ausgrenzung nicht akzeptieren können. Zudem setzt sie ein Konzept von homosexueller Identität voraus, das zwar in Mitteleuropa verbreitet ist, jedoch nicht mit Selbstkonzepten und Identitäten der Ursprungskultur übereinstimmen muss (del Mar Castro Varela, 1999).
- Für Frauen sind weltweit die Möglichkeiten für ein unabhängiges Leben außerhalb einer Ehe mit einem Mann und das Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper und ihre Sexualität eingeschränkt (Rothschild, 2005). Viele Menschenrechtsverletzungen an

Lesben – von der Psychiatrisierung, dem Ausschluss vom Erwerbsleben, über familiäre Gewalt bis zur Zwangsverheiratung durch die Familie – bleiben undokumentiert und werden nicht als solche anerkannt.

Problematische Rolle der Sexualmedizin: „Irreversible“ Homosexualität

Spezifisch für Männer und Frauen, die Asyl wegen Verfolgung aufgrund ihrer homosexuellen Orientierung beantragen, ist das Begutachtungsverfahren zur „Glaubhaftmachung“ des Fluchtgrundes. Sie können nur dann Asyl erhalten, wenn ihre Homosexualität „irreversibel“ ist eine „unentrinnbare schicksalhafte Festlegung auf homosexuelles Verhalten bzw. Triebbefriedigung“ vorliegt (LSVD 2009). Oft werden deshalb sexualmedizinische Gutachten vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge eingefordert, die Asylbewerberinnen selbst bezahlen müssen (Frank, 2009).

Das Medizinsystem nimmt hier – bei gleichzeitig fehlendem Zugang zu einer psychotraumatologischen Versorgung – für Lesben und Schwule im Asylverfahren eine höchst problematische Position ein.

Migration – sexuelle Orientierung – Gesundheit

Soziale Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten haben direkte Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und Männern und greifen damit in den körperlichen und seelischen Nahbereich von Menschen ein. Dies beeinflusst wiederum ihre Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung und auch gesellschaftlichen Partizipation. Lesben und Schwule sind in etlichen Studien und Veröffentlichungen als unter- und fehlversorgte Gruppe im Gesundheitswesen identifiziert worden mit erhöhten Gesundheitsrisiken, insbesondere im Bereich psychischer Gesundheit und Suchterkrankungen, und einem speziellen Versorgungsbedarf z.B. in der HIV-Prävention und Therapie. Auch werden Lesben und Schwule von Präventions- und Früherkennungsangeboten in der Regel weniger erreicht – sei es durch Nichtraucherkampagnen oder der Krebsfrüherkennung. (Gay and Lesbian Medical Association, 2001).

Nancy Krieger hat beschrieben, wie soziale Ungleichheiten in den Körper und die Psyche „eingeschrieben“ werden und Krankheit sowie Gesundheit von Gruppen und Individuen beeinflussen (Krieger, 2005). Ethnizität, Migrationserfahrung, sozioökonomische Position und Geschlecht interagieren als soziale Determinanten von Gesundheit – und in der Folge findet sich ein deutlicher Gradient im Gesundheitszustand zwischen gesellschaftlich privilegierten und marginalisierten Gruppen (Davey Smith, 2003).

Minoritäten-Stress durch Homophobie

Für Lesben, Schwule und andere sexuelle Minderheiten liegt mit dem Minoritäten-Stress-Modell (Meyer, 2007) ein theoretisches Verständnis vor, wie Diskriminierung und Vorurteile gegen Menschen mit einer nicht-heterosexuellen Orientierung als Stressoren auf die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen wirken. Stressoren sind Herausforderungen an Einzelne, die kurzzeitig oder dauerhaft sein können, und einen Energieaufwand bei der Bewältigung erfordern – oder auch die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten überfordern können. Minoritätenstress erfordert demnach dauerhaft eine höhere Bewältigungsleistung von Lesben und Schwulen mit möglichen negativen Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit.

Die von Meyer konzeptualisierten Ebenen des Minoritäten-Stresses für Lesben und Schwule werden wesentlich durch das soziale Umfeld – und damit z.B. auch durch eine Migrationserfahrung und deren Auswirkungen – mediiert. Diese Ebenen sind (1) Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt, (2) die Befürchtung von Diskriminierungs- und Gewalterlebnissen, (3) das Verbergen der eigenen sexuellen Orientierung und Lebensweise und (4) die Verinnerlichung negativer gesellschaftlicher Bewertungen über lesbische und schwule Lebensweisen.

Psychosoziale Situation von lesbischen und schwulen MigrantInnen

Für Lesben und Schwule mit Migrationshintergrund kann dies bedeuten, dass sie für ihre unterschiedlichen Lebenszusammenhänge verschiedene Formen von Bewältigungshandeln entwickeln müssen, die sich auch widersprechen können: So kann eine lesbische Frau sich in ihrer migrantischen Community entscheiden, ihre Lebensweise nicht zu thematisieren und damit unsichtbar zu bleiben, während sie in der – von der Mehrheitskultur dominierten – Lesben-Community darum kämpfen muss, als Migrantin und Lesbe wahr- und ernstgenommen zu werden.

Auf der anderen Seite kann ein Migrationsprozess eine starke Ressource für ein erfolgreiches Coming Out sein (Escalona Zerpa, 2007) – und damit zur körperlichen und psychischen Gesundheit beitragen (Wolf, 2004).

Saideh Saadat (Saadat, 2001) hat als migrantinnenspezifisches Thema in der Lesbenberatung einerseits Schwierigkeiten mit dem Coming Out in der Herkunftsfamilie – mit möglichen Folgen wie soziale Isolation – und andererseits die Suche nach Kontakt zu lesbischen Migrantinnen und einem Ort für einen Austausch innerhalb der Ursprungskultur beschrieben.

Daten zur Gesundheitslage von lesbischen und schwulen MigrantInnen

MigrantInnen stellen international innerhalb der wachsenden Forschungslandschaft zu Lesben- und Schwulengesundheit eine bisher vernachlässigte Gruppe dar (Gay and Lesbian Medical Association, 2001). In einer US-amerikanischen Studie von Mays (Mays, Yancey, Cochran, Weber, & Fielding, 2002) zeigte sich z.B., dass Lesben innerhalb ethnischer Minoritäten und migrantischer Gruppen mehr gesundheitliches Risikoverhalten zeigten und weniger von Vorsorgeprogrammen erreicht wurden als heterosexuelle Frauen dieser Minderheiten.

Nur wenige Forschungsergebnisse für Deutschland

An der einzigen bisher verfügbaren Befragung lesbischer Frauen in Deutschland zu ihrer Gesundheitssituation (Dennert, 2005) nahmen auch 8% Migrantinnen der ersten und zweiten Generation teil (44 von 578 Befragten). Sie unterschieden sich in psychischer und körperlicher Gesundheit, Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsverhalten nicht von den Frauen ohne Migrationserfahrung. Aufgrund der Studienmethodik können keine Aussagen getroffen werden, ob und inwiefern die Lebenssituation als lesbische Migrantin einen Einfluss auf die psychische oder körperliche Gesundheit hat. Aber es ist festzuhalten, dass es offensichtlich etliche lesbische Migrantinnen gibt, die Zugang zur lesbischen Community und zu Ressourcen für ihre Gesundheitsförderung und -aufrechterhalten gefunden haben. Es wäre spannend und bedarf weiterer Forschung, zu erfahren, wie ihnen dies in einer Situation der mehrfachen Marginalisierung gelingt.

Die Migrantinnen in der Lesbenbefragung hatten genauso häufig Diskriminierung und Gewalt im Gesundheitswesen erlebt und ihre Zufriedenheit mit ÄrztInnen war ähnlich groß wie bei den Nicht-Migrantinnen. Insgesamt outeten sie sich weniger häufig als nicht-migrantische Lesben – und sahen sich in der Folge auch tendenziell weniger aufgrund ihrer sexuellen Orientierung in der Gesundheitsversorgung diskriminiert. Lesben mit Migrationshintergrund gaben für alle Bereiche – der Herkunftsfamilie, den Arbeitsplatz und die Gesundheitsversorgung vom Hausarzt bis zur Psychotherapeutin – an, weniger offen als Lesben aufzutreten. Sie gaben auch mehr Gründe an, die sie von einem offenen Auftreten im Gesundheitswesen abhielten, insbesondere die Befürchtung, Dritte könnten von Ihrer Homosexualität erfahren. Obwohl die befragten Migrantinnen genauso viel sexuelle Erfahrungen mit Frauen und sogar etwas weniger mit Männern hatten als die nicht-migrierten Frauen, bezeichneten sie sich selbst doppelt so häufig als bisexuell.

Männer, die Sex mit Männern haben, und HIV

Differentielle Einflüsse von Migrationserfahrung und Lebensweise auf die Gesundheit werden auch bei schwulen Männern deutlich. Hier liegen Daten vor allem für den Bereich der HIV/Aids vor. Die neuerfassten Infektionen mit HIV steigen seit 2001 wieder an, überproportional bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Laut Robert-Koch-Institut entspricht zwar der Anteil von nichtdeutschen MSM mit neuerfasster HIV-Infektion ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung, jedoch unterscheidet sich die Verteilung der Herkunftsländer davon. Nichtdeutsche, HIV-infizierte MSM stammen bevorzugt aus westeuropäischen Ländern, Nord- und Südamerika (Robert-Koch-Institut, 2006).

Forderungen an eine akzeptierende Gesundheitsversorgung

Diskriminierungsfreie Versorgung

Lesben und Schwule sehen sich etlichen Barrieren im Gesundheitswesen gegenüber, die ihren Versorgungszugang behindern. Insbesondere mangelndes Fachwissen zu lesbien- und schwulenspezifischen Fragestellungen, Diskriminierung und Homophobie seitens der MedizinerInnen und eine Unterversorgung mit akzeptierenden Versorgungsangeboten wurden als Probleme identifiziert (Dennert & Wolf, 2009). Lesben und Schwule verhandeln und entscheiden deshalb – soweit möglich – in Situationen, in denen sie besonders verletzlich sind, ob und wie sie sich outen – und die Situation, in einer gesundheitlich bedürftigen Lage und auf Versorgung angewiesen zu sein, ist eine solche.

Die oben dargestellten Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass bei lesbischen und schwulen MigrantInnen dieser Aushandlungsprozess spezifisch verläuft: Die Bedenken, sich zu outen sind größer – Versorgungssituationen müssten für sie also erkennbar sicher vor homophoben und rassistischen Diskriminierungen sein, um ein offenes Auftreten und damit den Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Fachwissen und –kompetenz fördern

Um lesbische und schwule MigrantInnen nicht-diskriminierend und qualitativ hochwertig medizinisch und psychotherapeutisch zu versorgen, bedarf es eines spezifischen Fachwissens und kommunikativer und interpersoneller Kompetenz bei BehandlerInnen. Hierzu erscheint es sinnvoll, bereits in Ausbildungsgänge und Studiengänge die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln.

Zielgruppenspezifische Angebote ausbauen

Für lesbische und schwule MigrantInnen gibt es kaum zielgruppenspezifische Angebote. Die Lesbenberatung Berlin erhielt auf 55 Anfragen bei MigrantInnenprojekten in Berlin zu Beratungsmöglichkeiten für Lesben nur 2 Antworten und konstatierte: „Lesbische Migrantinnen werden in unserem psychosozialen Versorgungssystem nicht mitgedacht.“ (Saadat, 2001). Auch die online-Plattform der Deutschen Aids-Hilfe (<http://www.iwwit.de>) zur HIV-Prävention bei Männern, die Sex mit Männern haben, entbehrt gegenwärtig noch Rollenmodelle mit Migrationshintergrund.

Neben der Berücksichtigung von lesbischen und schwulen MigrantInnen den bestehenden Versorgungsstrukturen bedarf es eines Ausbaus spezialisierter Angebote. Dies nicht nur eine Förderung von zielgruppenspezifischen Angeboten, sondern auch eine verstärkte interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems für Fachkräfte mit Migrationshintergrund. Sonderbedarfszulassungen für PsychotherapeutInnen mit verschiedenen Sprachkenntnissen und einer Qualifizierung für lesbische und schwule Belangen erscheinen als eine mögliche und sinnvolle Maßnahme.

Literatur

- Berens, E., Spalek, J., & Razum, O. (2008). [Mighealthnet Länderbericht Deutschland](#).
- Bundesregierung (2006). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Barbara Höll, Sevim Dagdelen, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. - Drucksache 16/1824 - Die rechtliche Situation homosexueller Flüchtlinge in Deutschland und die Lage der Bürger- und Menschenrechte von Lesben, Schwulen und Transsexuellen in Afghanistan, Iran und Irak (Drucksache 16/2142). Deutscher Bundestag.
- Castro Varela, M. d. M. (1999). Queer the Queer! Queer Theory und politisch Praxis am Beispiel Lesben im Exil. In *Lesbenleben quer gelesen. Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis* 52, 29-40.
- Davey Smith, George (Hrsg.): *Health inequalities. Lifecourse approaches* (2003). Bristol: The Policy Press.
- Dennert, G. (2005). [Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Herbolzheim: Centaurus](#).
- Dennert, G. & Wolf, G. (2009). Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. *Femina Politica*, 1/2009 (in print).

- Escalona Zerpa, Martha: Die Sichtbarkeit lesbischer Migrantinnen in der BRD. In G.Dennert, C. Leidinger, & F. Rauchut (Eds.), [In Bewegung bleiben](#) 100 Jahre Politik, Kultur und Geschichte von Lesben. 302-303. Berlin: Querverlag.
- Espin, O. M. (1997). Crossing borders and boundaries: The narratives of immigrant lesbians. In B.Greene (Ed.), Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men , 191-215. Thousand Oaks: Sage.
- Europäische Union: Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000). (2000/C 364/01).
- Fabeni, S. & Miller, A. M. (2007). The Importance of Being Perverse: Troubling Law, Identities, Health and Rights in Search of Global Justice. In I.H.Meyer & M. E. Northridge (Eds.), The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations. 93-129. New York: Springer.
- Frank, Charlotte: Immer auf der Flucht. Süddeutsche Zeitung, 16.1.2009, 3.
- Gay and Lesbian Medical Association (GLMA): [Healthy people 2010](#). Companion document for lesbian, gay, bisexual, and transgender health (2001). San Francisco
- ILGA: [Lesbian and bisexual women's health: Common concerns](#), local issues (2006). Geneva
- ILGA: [ILGA publishes State-sponsored Homophobia report](#). (2008)
- Krieger, Nancy (Hrsg.): Embodying Inequality (2005). Amityville: Baywood Publishing.
- LSVD: [Asylrecht für Lesben und Schwule](#). (2009).
- Mays, V. M., Yancey, A. K., Cochran, S. D., Weber, M., & Fielding, J. E. (2002). Heterogeneity of health disparities among African American, Hispanic, and Asian American women: unrecognized influences of sexual orientation. American Journal of Public Health, 92, 632-639.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In I.H.Meyer & M. E. Northridge (Eds.), The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations (pp. 242-267). New York:
- Robert-Koch-Institut: [HIV und AIDS](#) (2006). Berlin.
- Rothschild, C. (2005). Written out. [How sexuality is used to attack women's organizing](#) (Updated) New York: International Gay and Lesbian Human Rights Commission; Center for Women's Global Leadership.
- Saadat, S. (2001). Zwischen den Stühlen - Auf der Suche nach psychosozialen Angeboten für lesbische Migrantinnen in Berlin. In J.u.S.F.f.g.L.Senatsverwaltung für Schule (Ed.), [Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten in Berlin](#) (pp. 66-68). Berlin: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin.

- Wolf, G.: Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-Out-Prozess. Herbolzheim: Centaurus.

Gabriele Dennert ist promovierte Ärztin und Master of science (Public Health). Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Biologische Krebstherapie in Nürnberg administriert die Internetplattform www.lesbengesundheit.de.

Josephine Jenssen und Elène Misbach

Gesundheitsversorgung Illegalisierter. Integration in die Regelversorgung statt Entwicklung weiterer Parallelsysteme

Zwischen 500.000 und einer Millionen Menschen leben in Deutschland ohne geregelten Aufenthaltsstatus, davon etwa 100.000 in Berlin. Ihre Migrationsgründe, insbesondere die Gründe für ein Leben in der Illegalität, sind sehr unterschiedlich. Gemeinsam ist ihnen, dass sie durch die bestehende Gesetzeslage im Alltag vom regulären Zugang zu Bildung, Arbeit und Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden. In Berlin wird derzeit gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Gesundheit durch die geplante Einführung anonymisierter Krankenscheine an einer strukturellen Verbesserung der medizinischen Versorgung gearbeitet.

Recht auf Gesundheit

Bereits Mitte der 1990er Jahre wurden in Hamburg und Berlin die ersten Büros für medizinische Flüchtlingshilfe (www.medibuero.de) gegründet, um dem Problem zu begegnen, dass eine wachsende Zahl von Menschen ohne Aufenthaltsstatus – im Folgenden Illegalisierte – in Deutschland äußerst unzureichenden Zugang zu medizinischer Versorgung hatte. Mittlerweile gibt es in den meisten größeren Städten medizinische Flüchtlingshilfen sowie in einigen Städten Anlaufstellen der Malteser Migranten Medizin.

An der rechtlichen Situation hat sich seither allerdings nichts geändert, das dringliche Problem des Ausschlusses von Illegalisierten aus der regulären Gesundheitsversorgung besteht weiterhin. Auf dem Papier steht ihnen medizinische Versorgung nach dem [Asylbewerberleistungsgesetz](#) (AsylbLG) zu. Die §§ 4 und 6 AsylbLG ermöglichen allerdings nur Behandlungen bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen sowie Leistungen, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind.

Gefahrlos können Illegalisierte ihr Recht jedoch nicht in Anspruch nehmen: Um die eingeschränkten Leistungen überhaupt wahrnehmen zu können, müssen sie sich für die Kostenübernahme an das zuständige Sozialamt wenden. Das Sozialamt ist als öffentliche Stelle nach § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) verpflichtet, die Ausländerbehörde über die Kenntnis vom unerlaubten Aufenthalt einer Person zu unterrichten und die Personendaten zu übermitteln. Den Betroffenen kann dadurch Abschiebehaft und letztlich Abschiebung drohen. Aus Angst vor Aufdeckung, Inhaftierung und Abschiebung nehmen Illegalisierte die ihnen zustehenden Leistungen nach AsylbLG faktisch kaum in Anspruch; ÄrztInnen werden meist erst

aufgesucht, wenn dies aufgrund von Komplikationen und Chronifizierungen unvermeidbar geworden ist.

Die Chance für eine frühzeitige Diagnose und Therapie wird dadurch vertan. Der Verlauf einer Krankheit droht schwerer zu werden. Infektionskrankheiten werden nicht ausreichend therapiert, Krebserkrankungen zu spät erkannt, bei chronischen Leiden entstehen Folgeschäden an anderen Organen, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen werden nicht in Anspruch genommen. Illegalisierte kommen so in gesundheitsschädliche oder sogar lebensbedrohliche Situationen, die an sich vermeidbar wären.

Parallelstrukturen sind keine Lösung

Seit Jahren ermöglichen in Berlin – ähnlich auch in anderen Städten – das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüro) und die Malteser Migranten Medizin mit den jeweils kooperierenden Netzwerken eine anonyme und kostenlose oder kostengünstige Gesundheitsversorgung ohne Datenweitergabe an die Behörden. Beide Unterstützungsstrukturen basieren – beim Medibüro vollständig, bei der Malteser Migranten Medizin in Teilen – auf der unentgeltlichen Arbeit der MitarbeiterInnen), privaten Spendengeldern und der Kooperation mit vielen ÄrztInnen, Hebammen und anderen Fachleuten im Gesundheitsbereich, die bereit sind, Illegalisierte kostenlos zu behandeln, sowie der Zusammenarbeit mit engagierten Krankenhäusern, die stationäre Therapien zu reduzierten Sätzen ermöglichen.

Diese Parallelstrukturen sind inzwischen von offiziellen Stellen anerkannt und hoch gelobt, können jedoch keine Lösung sein. Zum einen wird die Einlösung des Menschenrechts auf Gesundheit in Deutschland zivilgesellschaftlichen Initiativen und der kostenlosen Arbeit von ÄrztInnen übertragen. Der Staat und die öffentliche Hand entziehen sich elegant ihrer Verantwortung. Zudem besteht innerhalb solcher Parallelstrukturen kein individueller Rechtsanspruch auf angemessene und nachhaltige Gesundheitsversorgung. Die Betroffenen sind letztlich vom „Goodwill“ der Beteiligten in den Netzwerken abhängig.

Zum anderen sind Parallelstrukturen trotz des hohen Engagements der beteiligten MitarbeiterInnen und Fachkräfte strukturell nicht in der Lage, in allen Fällen eine ausreichende Prävention, Diagnostik und Therapie zu erbringen. Die finanziellen und fachlichen Ressourcen sind begrenzt, eine der Regelversorgung gleichwertige medizinische Versorgung ist nicht gewährleistet.

Politisches und öffentliches Interesse steigt

Das öffentliche Interesse und politische Bewusstsein für die Lebenssituation von Illegalisierten haben sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. So lassen sich beispielsweise bezüglich der arbeitsrechtlichen Situation von Illegalisierten erste Erfolge mit der Einrichtung von zwei Anlauf- und Beratungsstellen für „undokumentierte“ (illegalisierte) Arbeitnehmer(innen) http://www.medibuero.de/de/News/Verdi_eroeffnet_Anlaufstelle.html in Hamburg und Berlin verbuchen. In Hamburg wurde im Mai 2008 die erste [gewerkschaftliche Anlaufstelle für Menschen ohne gesicherten Aufenthalt](#) errichtet, [ver.di Berlin-Brandenburg](#) hat Anfang März 2009 im Zusammenarbeit mit dem Berliner Arbeitskreis „Undokumentiertes Arbeiten“ nachgezogen.

Auch im Bereich der Gesundheitsversorgung tut sich nach jahrelanger beharrlicher Öffentlichkeitsarbeit durch diverse Wohlfahrtsverbände, Büros für medizinische Flüchtlingshilfe und kirchliche Organisationen etwas. Dazu hat insbesondere die [Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität](#) beigetragen, die 2006 vom [Katholischen Forum „Leben in der Illegalität“](#) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Menschenrechte (DIMR) ins Leben gerufen wurde. Fachleute aus Wissenschaft, Praxis, kommunaler Verwaltung, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und nichtstaatlichen Organisationen haben sich intensiv mit dem Problem der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beschäftigt. Auch das Berliner Büro für medizinische Flüchtlingshilfe <http://www.medibuero.de/> hat in der Arbeitsgruppe mitgearbeitet und seine Erfahrungen eingebracht.

Der 2007 veröffentlichte [Bericht der Arbeitsgruppe](#) „Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland- Ihr Recht auf Gesundheit“ kommt zu dem Schluss, dass die „Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland (...) defizitär (ist)“ und weder aus medizinischer noch aus menschenrechtlicher Sicht zu verantworten ist. Als eine zentrale Handlungsempfehlung wird die Einschränkung der Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG hervorgehoben. Dadurch könnten Illegalisierte ohne Angst vor Abschiebung die ihnen rechtlich zustehenden Leitungen nach dem AsylbLG wahrnehmen (vgl. [Pressemitteilung DIMR](#)).

In Berlin bewegt sich was...

Nachdem die Politik das Problem der Gesundheitsversorgung jahrelang ignoriert oder negiert, im „besten Fall“ durch die Würdigung der Arbeit von Medibüros und Malteser Migranten Medizin als gelöst wahrgenommen hat, wird in Berlin endlich gehandelt. Im Integrationskonzept des Berliner Senats von 2007 (www.berlin.de/lb/intmig/integrationskonzept.html) werden Illegalisierte das erste Mal explizit als Zielgruppe benannt. Die Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher hat sich die strukturelle Verbesserung der medizinischen Versorgung Illegalisierter

zu Eigen gemacht und gemeinsam mit dem Staatssekretär für Gesundheit Dr. Benjamin-Immanuel Hoff und in ressortübergreifender Kooperation bereits einige Verbesserungen erzielt:

Verlängerte Duldung für Schwangere

Die Senatsverwaltung für Inneres hat im August 2008 die Ausländerbehörden [schriftlich angewiesen](#), Frauen drei Monate vor der Entbindung sowie drei Monate danach regelmäßig eine Duldung zu gewähren. Zuvor wurde sich an der gesetzlichen Mutterschutzfrist (sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt) orientiert.

Klärung der Rechtslage für Krankenhäuser und ÄrztInnen

Die Senatsverwaltung für Gesundheit hat im November 2008 in einem [Schreiben](#) an die Geschäftsführungen der Berliner Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft bestehende rechtliche Unsicherheiten bei der medizinischen Behandlung von Illegalisierten beseitigt und ihre Rechtsauffassung in Bezug auf eine etwaige Datenübermittlungspflicht klargestellt: ÄrztInnen, die Illegalisierte behandeln, machen sich weder strafbar, noch sind sie verpflichtet, Daten an die Ausländerbehörde zu übermitteln. Auch die Verwaltungen der Krankenhäuser sind nicht zur Datenweitergabe verpflichtet.

Integration in die Regelversorgung durch anonymisierte Krankenscheine

Eine bundesweite Gesetzesänderung in Bezug auf eine Einschränkung der Meldepflicht (§ 87 AufenthG) erscheint in naher Zukunft politisch nicht durchsetzbar. Daher schlägt die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität in ihrem Bericht als einen pragmatischen Verbesserungsansatz auf lokaler Ebene die Vermittlung von geschützten Krankenscheinen vor. Darauf aufbauend hat das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ein Konzept für die Umsetzung eines anonymisierten Krankenscheins in Berlin erarbeitet. Bei der Senatsverwaltung für Gesundheit wurde unter der Leitung von Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff eine Arbeitsgruppe gebildet, die derzeit die Umsetzungsmöglichkeiten in Berlin prüft. Neben der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ist die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, das Büro des Integrationsbeauftragten und das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe beteiligt.

Das Konzept sieht vor, dass eine ärztlich geleitete Anlaufstelle die Daten der Betroffenen erhebt, die Bedürftigkeit prüft und einen anonymisierten Krankenschein ausstellt. Mit diesem

kann die ambulante und stationäre Behandlung nach AsylbLG mit dem Sozialamt abgerechnet werden. Da die Datenerhebung unter ärztlicher Schweigepflicht erfolgt, besteht keine Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde. Für die PatientInnen würde die Anlaufstelle darüber hinaus eine Case-Management- und Lotsenfunktion übernehmen, bei Bedarf Termine in geeigneten Praxen und Krankenhäusern koordinieren, Sprachvermittlung ermöglichen und eine Rechtsberatung anbieten.

Dieses Konzept ermöglicht die Integration von Illegalisierten in die ambulante und stationäre Regelversorgung sowie eine Kostenübernahme durch staatliche Stellen ohne Gefährdung der Datenweitergabe. Es realisiert den individuellen Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung im Gegensatz zur rein humanitären Hilfe, die geleistet werden kann, aber nicht muss. Damit wäre ein wichtiger Schritt weg von einem weiteren Ausbau der bestehenden Parallelsysteme hin zu Eingliederung in und perspektivisch möglichst einem Ausbau von Regelversorgungssystemen gemacht. Eine Lösung für alle Probleme kann dieses Modell jedoch auch nicht liefern.

Das Modell basiert auf dem reduzierten Versorgungsanspruch nach AsylbLG. Daraus ergibt sich erstens, dass die grundsätzliche und breite Kritik an diesem Gesetz der Ungleichbehandlung, die von der Bundesärztekammer, über Menschenrechtsorganisationen bis zu antirassistischen Initiativen reicht, selbstverständlich fortgesetzt werden muss. Eine zweite Konsequenz ist, dass nichtversicherte EU-BürgerInnen, die momentan durch alle sozialrechtlichen Netze fallen und inzwischen einen großen Teil der Klientel darstellen, in diesem Modell keine Berücksichtigung finden. Reisefreiheit und Angleichung sozialer Standards klaffen drastisch auseinander. Hier muss auf anderen Ebenen schnellstmöglich eine Lösung gefunden werden.

Der Berliner Senat ist nun aufgefordert, seinen mehrfach erklärten politischen Willen in die Praxis umzusetzen. Es ist längst an der Zeit in Deutschland eine nachhaltige Gesundheitsversorgung für illegalisierte Menschen einzuführen. Berlin kann hier einen ersten Schritt gehen, in vielen anderen Städten wünscht man sich einen solchen „Startschuss“.

Elène Misbach, Diplompsychologin, und **Josephine Jenssen**, Medizinstudentin an der Charité, sind aktiv beim MediBüro Berlin, einem antirassistischen Projekt von kooperierenden MedizinerInnen, Hebammen, PsychologInnen, KrankengymnastInnen und DolmetscherInnen.

Rosaline M'bayo

Die Gesundheitsversorgung afrikanischer MigrantInnen

Über die Arbeit von *Afrikaherz*

Durch meine fast zehnjährige Tätigkeit als Gesundheits- und Sozialberaterin beim Projekt *Afrikaherz* des Verbandes für interkulturelle Arbeit Berlin/Brandenburg e.V. (VIA) konnte ich umfangreiche Erfahrungen im Hinblick auf ethnische, menschliche und rechtliche Probleme im Bereich Gesundheit und Migration sammeln. Täglich werde ich mit Schicksalen konfrontiert, die mit menschlichem Leid und großer Verzweiflung verbunden sind. Die Arbeit im Bereich Gesundheitsinformation und Aufklärung afrikanischer MigrantInnen bietet die Möglichkeit, viel über die Probleme dieser Menschen zu erfahren, da das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im afrikanischen Kontext sehr vielfältig ist.

Zunächst werde ich die Gesundheitsprobleme afrikanischer MigrantInnen schildern und auf die besonderen Probleme von HIV/Aids Betroffenen eingehen. Anschließend werde ich die besonderen Probleme afrikanischer Frauen thematisieren.

Die KlientInnen von *Afrikaherz*

Laut Statistischem Landesamt lebten in 2006 in Berlin rund 11.290 Menschen aus Subsahara-Afrika. Die AfrikanerInnen, die bereits die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, sind hier nicht erfasst. Nur ein knappes Drittel der erfassten AfrikanerInnen hat einen gesicherten Aufenthaltsstatus (Statistisches Landesamt Berlin, 2006).

Unsere Beratungsstelle *Afrikaherz* besuchen jährlich durchschnittlich 150 MigrantInnen aus Afrika, die überwiegend erst seit kurzer Zeit in Deutschland leben und über einen unsicheren Aufenthaltsstatus verfügen. Sie haben daher begrenzte Möglichkeiten, die Angebote der öffentlichen Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. Rund zwei Drittel unserer KlientInnen sind Frauen zwischen 18 und 55 Jahren, die überwiegend aus Kenia, Ghana, Nigeria und Kamerun stammen.

HIV und Aids ist unter den afrikanischen MigrantInnen ein großes Problem. Nach Angaben des Robert Koch Institutes (RKI) sind zwischen 2001 und 2007 12 Prozent der HIV-Neudiagnosen in Deutschland bei MigrantInnen aus Subsahara-Afrika gestellt worden, 32

Prozent davon bei Frauen. Im Vergleich dazu waren es 27 Prozent Frauen bei den Deutschen (RKI 2007:4).

Afrikaherz hat in den letzten Jahren etwa 65 HIV-positive AfrikanerInnen betreut, darunter auch drei Mädchen und einen Junge im Alter von 8 bis 17 Jahren. Die Mehrheit der HIV-positiven Erwachsenen waren Frauen.

Die HIV-Infizierten werden in Schwerpunktpraxen und Krankenhäusern in Berlin behandelt. Doch kulturell bedingte Vorstellungen von Krankheit und Krankheitsursachen bei HIV/AIDS, beschränkte Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem sowie strukturelle und rechtliche Barrieren, besonders bei undokumentiert lebenden Menschen ohne Krankenversicherung, führen dazu, dass in Bezug auf die Einschätzung der HIV-Neudiagnosen MigrantInnen nicht in gleichem Maße wie Deutsche Zugang zum HIV-Test haben bzw. Gebrauch von diesem machen (RKI 2007:4). Zudem mangelt es an fundiertem Wissen über die Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten. Es ist deswegen davon auszugehen, dass manche MigrantInnen erst in fortgeschrittenem Erkrankungsstadium von ihrer HIV-Infektion erfahren.

Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

In afrikanischen Gesellschaften bestehen unterschiedliche Vorstellungen über die Verursachung von Krankheit. Deswegen kann keine verallgemeinernde Aussage über das Verständnis von Krankheit und Gesundheit getroffen werden. Durch Gespräche mit meinen KlientInnen aus verschiedenen afrikanischen Ländern habe ich jedoch bestimmte Ähnlichkeiten feststellen können. Meist wird Gesundheit und Krankheit in engem Zusammenhang mit Gott und den Ahnen betrachtet.

Bei manchen ethnischen Gruppen wird Krankheit als Strafe Gottes angesehen. Dies gilt besonders bei der HIV/AIDS-Erkrankung, und dies hat Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung dieser Menschen. Durch den Glauben, dass Gott Krankheiten verursacht, erscheint den Menschen das eigene Risikoverhalten weniger bedeutungsvoll (Muluneh/Waka 1999:34).

So basiert auch die traditionelle afrikanische Medizin auf der Vorstellung, „dass der einzelne Mensch unlösbar in einen kosmologischen Zusammenhang eingebettet ist.“ (Nzimegne-Gölz 2003:12f.). Meine KlientInnen wenden traditionelle Medizin, soweit es ihnen möglich ist, auch in Deutschland an, bevor sie einen Arzt aufsuchen. Auch führt Unwissen und Leichtgläubigkeit dazu, zu glauben, dass schwere Krankheiten wie HIV/AIDS mit traditionellen Mitteln heilbar

seien. Häufig gibt es deshalb Missverständnisse. Dadurch nehmen meine KlientInnen Beratung und medizinische Hilfe erst zu spät in Anspruch.

Aufenthaltsrechtliche Barrieren

Das grundlegende Problem eines Großteils der MigrantInnen - nicht nur afrikanischer Herkunft - ist die rechtliche Ungleichbehandlung. Hierbei spielt der Aufenthaltsstatus eine vorrangige Rolle: Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus haben kein Recht auf Zugang zu Behandlung und Therapie.

Abhängig vom Aufenthaltsstatus ist auch die Übernahme der Arzt- und Krankenhauskosten durch die Krankenkassen (Mohammadzadeh 2000:82ff). Im Falle einer AIDS-Erkrankung besteht nach den Bestimmungen des Gesetzes aber keine eindeutige Rechtsgrundlage für eine medizinische Behandlung. Erst bei einer bereits begonnenen antiretroviralen Therapie besteht die Möglichkeit, eine Duldung und eventuell eine Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen zu bekommen. Menschen, deren Immunstatus noch stabil ist, benötigen keine Behandlung und haben daher keine Chance in Deutschland zu bleiben, um eventuell bei einer Erkrankung an einer Therapie teilnehmen zu können (Khaled/M'bayo 2004:55).

Für Asylbewerber und Kriegsflüchtlinge sind der Gesundheitsversorgung in Deutschland zudem enge rechtliche Grenzen gesetzt (Mohammadzadeh, 2003:118). Das seit 1993 geltende Asylbewerberleistungsgesetz bildet die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus. So bedeutet jeder Besuch der Ausländerbehörde tagelange Angst vor möglicher Nicht-Verlängerung des meist unsicheren Status bzw. vor Abschiebung. Der Status der Duldung bzw. die Angst vor Abschiebung belastet unsere KlientInnen sehr.

Die Bewegungsfreiheit von AsylbewerberInnen ist zudem durch eine Regelung, nach der sie sich nur im Bereich der Zuständigkeit der jeweiligen Ausländerbehörde bewegen dürfen, stark eingeschränkt. Das ist insbesondere in den Fällen schwierig, in denen eine Beratungsstelle oder ein Krankenhaus nicht im unmittelbaren Zuständigkeitsbereich liegen. Lange Reisen zum Arzt müssen in Kauf genommen werden, da Umverteilungsanträge meist abgelehnt werden.

Die Einnahme der Kombinationstherapien erfolgt in Asylunterkünften meist heimlich und immer verbunden mit der Angst vor einer Entdeckung. Zudem ist die Gefahr eines unfreiwilligen Therapieabbruchs durch eine Ablehnung des Asylantrags und die dann folgende Ausreiseforderung immer gegeben. Eine oft jahrelange Wartezeit auf Gerichtsentscheidungen nimmt

den Frauen jede Möglichkeit einer Perspektivenentwicklung und Lebensplanung, sie müssen mit der ständigen Ungewissheit und Angst vor Ablehnung des Asylantrags leben.

Wegen eines unsicheren Aufenthaltsstatus werden viele in Abschiebehaft genommen. Durch Hilfe von RechtsanwältInnen und ärztliche Gutachten konnte bei einigen Patientinnen eine Abschiebung verhindert werden (Deutsche AIDS Hilfe 2000:41). Nicht wenige der asylsuchenden Frauen haben zusätzlich frauenspezifische Fluchtgründe, die leider bisher vor Gericht nicht anerkannt werden. Traumatisierungen durch Vergewaltigungen, Gefängnisaufenthalte und andere Kriegs- und Gewalterfahrungen belasten die Frauen zusätzlich zu ihrem Dasein als Flüchtling. Das positive HIV-Testergebnis ist dann ein weiterer belastender Faktor für diese Frauen.

Unkenntnisse über Angebote im Gesundheits- und Sozialsystem

Wie die meisten anderen Migrantinnen, so kennen sich afrikanische Frauen nicht mit den Strukturen im deutschen Gesundheits- und Sozialbereich aus und wissen nicht, an welche Einrichtung sie sich mit ihren Fragen wenden können. Viele Afrikanerinnen haben sozialrechtliche Probleme, die nicht selten auf Informationsmangel zurückzuführen sind. Zum Beispiel wissen AIDS-kranke afrikanische Frauen oft nicht, dass sie Anspruch auf Mehrbedarf beim Sozialamt oder Anspruch auf mehr Wohnraum haben. Auch fehlt es an Informationsmaterialien in der jeweiligen Muttersprache. Die zurzeit verfügbaren werden nicht gelesen, weil sie zu unverständlich sind oder ganz andere, für MigrantInnen kaum relevante Fragen, ansprechen.

Durch unterschiedliche kulturelle Sicht- und Herangehensweisen und Schwerpunktsetzung sind viele Frauen nicht in der Lage, über ihre Situation zu sprechen und ihre Probleme verständlich zu machen. Auch wenn BeraterInnen sie auf Englisch ansprechen, werden vieles Wichtige nicht verstanden bzw. missverstanden.

Isolation

Viele HIV-positive MigrantInnen leben isoliert. Die meisten sind in traditionellen afrikanischen Großfamilien aufgewachsen, in denen die gesamte Großfamilie Freud und Leid gemeinsam teilt. Das Fehlen dieses sozialen Netzes ist besonders für die Frauen eine große Belastung. Denn viele von ihnen, die von ihren Familien getrennt leben, müssen nicht nur ihre eigene Isolation in der Fremde bewältigen, sondern sehen sich verantwortlich und sorgen auch für das Wohl ihrer Familie - Kinder, Ehemann, Eltern - im Herkunftsland. (Muluneh/Waka 1999:40).

HIV-Positive und AIDS-Kranke afrikanische MigrantInnen haben zudem Angst von der eigenen Community ausgegrenzt zu werden. Sie verheimlichen daher ihre HIV-Infektion, denn diese wird mit Homosexualität im Falle der Männer und Prostitution im Falle der Frauen gleichgesetzt. Dadurch ist die Annahme von medizinischen und psychosozialen Angeboten für viele mit HIV/AIDS Erkrankte mit zusätzlichen Schwierigkeiten verbunden (Muluneh/Waka 2000:164).

Frauenspezifische Probleme

Über die allgemeinen aufenthaltsrechtlichen, finanziellen, sozialen und kulturellen Problemlagen hinaus sind afrikanische Migrantinnen zusätzlich mit genderspezifischen Problemen und Risikofaktoren konfrontiert. So sind afrikanische Frauen aufgrund kultureller Praktiken einem erhöhten Infektionsrisiko mit HIV ausgesetzt. Z.B. tragen kulturell und religiös verankerte Praktiken wie weibliche Beschneidung und Polygamie zur Gefahr einer HIV-Infektion bei und verhindern darüber hinaus eine erfolgreiche Aufklärungs- und Präventionsarbeit. Zwar ist in den letzten Jahren bei vielen Afrikanerinnen ein neues Bewusstsein zum Thema Beschneidung entstanden, doch immer noch wird Beschneidung in 28 afrikanischen Ländern praktiziert. Die Mehrfachbenutzung unsteriler Gegenstände bei der Beschneidung kann zu einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko führen, jedoch gibt es darüber keinerlei gesicherte wissenschaftliche Daten.

Doch auch Kinderwunsch und Schwangerschaft stellen vor dem Hintergrund einer HIV/AIDS-Erkrankung für afrikanische Migrantinnen ein besonderes Problem dar. Kinder sind in afrikanischen Ländern der Mittelpunkt einer Familie. Ohne Kinder ist die Familie unvollständig. Da Schwangerschaft und Kinder einen wichtigen Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens darstellen, sind sie für das Selbstbewusstsein und die soziale Stellung afrikanischer Frauen überaus wichtig. Selbst wenn eine Frau von HIV oder AIDS betroffen ist, wird sie sich kaum dazu entschließen, keine Kinder zu bekommen, da der gesellschaftliche Druck enorm groß ist.

Doch aufgrund eines großen allgemeinen Informationsmangels haben viele HIV-positive afrikanische Migrantinnen große Ängste, überhaupt schwanger zu werden, obwohl sie gleichzeitig den großen Wunsch haben, ein Kind zu bekommen. Wird ein Baby geboren, stellt sich die Frage nach einer möglichen HIV-Infektion des Kindes. Ist das Kind nach Ablauf von 18 Monaten nicht positiv und hat die Frau ihrerseits eine Therapie noch nicht begonnen, droht eine Abschiebung. Bei bereits bestehender Schwangerschaft besteht nicht selten die Angst, den Partner durch Abschiebung oder auf Grund seines unsicheren Aufenthaltsstatus zu verlieren

und das Neugeborene allein großziehen zu müssen. Bei sich wiederholenden kurzzeitigen Krankenhausaufenthalten (z.B. Infusionstherapie) besteht der Bedarf einer Kinderbetreuung.

Schlussfolgerungen für das Gesundheitssystem in Deutschland

Obwohl das deutsche Krankenversicherungssystem als vorbildlich gilt, zeigen sich in der Praxis beim Umgang mit dem einzelnen Menschen Defizite. Die meisten Afrikanerinnen sehen das Sprachproblem als Hindernis bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten an. Es ist ihnen ohne Sprachkenntnisse oder mit nur mangelhaften deutschen Sprachkenntnissen kaum möglich, vorhandene Informationen aufzunehmen oder eigene Befindlichkeiten darzustellen. Ein Gespräch mit einem Arzt gestaltet sich schwierig, wenn man die Symptome der Krankheit sprachlich nicht artikulieren kann. In der Kommunikation mit dem Ratsuchenden ergeben sich jedoch auch Probleme, die nicht nur sprachliche, sondern auch geschlechtspezifische oder in der Religion begründete Ursachen haben oder die kulturell, politisch oder durch die Schichtzugehörigkeit bedingt sind (ebd. 2000:88).

Unwissenheit über fremde Kulturen kann zu Missverständnissen und Verletzungen der persönlichen Würde führen. Dieses Unverständnis ist häufig gepaart mit Unsensibilität, die bis zum Rassismus reichen kann, was zu Angst auf Seiten der MigrantInnen führt. Diese Angst wird verstärkt durch das Wissen, dass in Deutschland medizinische Leistungen an Papiere gebunden sind. Das betrifft sowohl Papiere zur Krankenversicherung als auch Papiere zum Aufenthaltsstatus. In Deutschland wurden bis zum heutigen Tag keinerlei umfassende Aufklärungsstrategien zum Thema HIV für Migrantinnen etabliert.

Die Angst vor einem Arztbesuch, ähnlich wie bei einem Behördengang, muss abgebaut werden. So kommt es vor, dass jemand Angst vor einem Arztbesuch hat, weil er fürchtet, danach wegen seines illegalen Aufenthaltes abgeschoben zu werden. Menschen ohne gesicherten Aufenthaltstatus und ohne finanzielle Absicherung haben große Schwierigkeiten, innerhalb des deutschen Krankenversicherungssystems ausreichend versorgt zu werden. Oftmals nehmen MigrantInnen mit HIV-Infektion aus Angst vor Abschiebung erst im akuten Krankheitsfall Kontakt zu medizinischen Institutionen auf.

Meine KlientInnen legen Tag für Tag Zeugnis ab, dass für ihre Gesundheitsversorgung nach menschenrechtlichen Standards noch viel getan werden muss.

Literatur

- Mohammadzadeh Z (2000) Probleme und Perspektiven der Interkulturellen Beratung in der AIDS-Hilfe. In: Deutsche AIDS Hilfe (Hrsg.) AIDS- FORUM DAH Band 41. AIDS und Migration. Berlin, S.82 ff.
- Mohammadzadeh Z (2003) Gesundheit und Integration, Gesundheit durch Integration. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtling und Integration (Hrsg.) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung. Berlin, S 118
- Muluneh A, Waka A (1999) Afrikanische Communities in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und AIDS-Prävention. Deutsche AIDS Hilfe, VIA Berlin/Brandenburg (Hrsg.) Berlin.
- Nzimegne-Gölz S (2002) HIV und AIDS. Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika. GSK GlaxoSmithKline (Hrsg.)
- Pressemitteilung des Statistischen Landesamtes vom 20. 08. 2006. Stichtag der 30. Juni 2006. <http://www.statistik-berlin.de/framesets/berl.htm> (20.01.2008)
- Robert Koch Institut (2007) Epidemiologisches Bulletin. Sonderausgabe B Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health Stand 01.09.2007 <http://www.rki.de/> (11.02.2008)
- Spaine R (2002) Kinderwunsch und Schwangerschaft bei HIV-positiven Migrantinnen aus psychosozialer Sicht. In: HIV und Schwangerschaft. 2. Interdisziplinäres Arbeitstreffen in Eltville, S. 20f.
- Statistisches Landesamt Berlin (2006) www.statistik-berlin-brandenburg.de (09.02.2008)
- Thomas-Khaled C, Mbayo R (2004) Verband für interkulturelle Arbeit VIA e. V. Regionalverband Berlin/Brandenburg (Hrsg.) Gesundheit und Migration HIV/AIDS Prävention für Afrikanerinnen und Afrikaner in Berlin. Dokumentation, S. 55

Rosaline M'bayo ist Dipl. Sozialpädagogin. Sie koordiniert das Projekt „*Afrikaherz*“ für soziale und gesundheitliche Betreuung, Aufklärung und Information afrikanischer MigrantInnen, VIA - Verband für interkulturelle Arbeit.

Feyza Palecek

Ältere Migrantinnen - Soziale Lage und Gesundheit

In Deutschland leben 486.039 MigrantInnen über 65 Jahre. Davon sind 211.856 Frauen (Statistisches Bundesamt Dez. 2006). AussiedlerInnen und Deutsche mit Migrationshintergrund sind dabei nicht mitgerechnet. *Den MigrantInnen/die Migrantin* gibt es nicht. Zu berücksichtigen sind: Herkunftsland, Städtische oder ländliche Herkunft, religiöser Hintergrund, gesellschaftliche Funktion, Bildung/Ausbildung, Hintergründe der Migration, Zeitpunkt der Migration, Status in Deutschland, Sprachkenntnisse und Kontakte nach Außen.

Migration bedeutet Entwurzelung, massiven Kulturbruch und Identitätsverlust. Migration ist ein subtiler, langsamer, generationenübergreifender Prozess (oft über fünf Generationen). Das Spektrum und die Gewichtung der Belastungen ändern sich im Laufe der Generationen durch Trennungserfahrungen, Sprachprobleme, Motivation, Zukunftssorgen in der Migration und Orientierungslosigkeit.

Belastungsfaktoren im Alter

Folgende Faktoren spielen im Leben von MigrantInnen eine Rolle und gelten im Alter als Vorbelastung:

Emotionale Belastungen aus der Migrationserfahrung

Die besonderen emotionalen Belastungen aus der Migrationserfahrung wirken sich auf die psychische und physische Befindlichkeit von MigrantInnen aus. Migration in der westlichen Industrienation heißt Trennung vom Heimatland und vom sozialen Beziehungsnetz. Gewohnte, vertraute Orientierungen werden zugunsten einer ungewissen Zukunft im fremden Land aufgegeben und bewirken Erfahrungen von Trauer und Schmerz, die als „sozialer Tod“ bezeichnet werden können.

Lebens- und Arbeitsbedingungen

Die Lebens- und Arbeitsbedingungen waren und sind geprägt von erhöhter Gesundheitsgefährdung durch schlechte Arbeitsbedingungen, drohende Arbeitslosigkeit und die oft unzureichende oder schlechte Wohnqualität. Die meisten MigrantInnen der 1. Generation sind als ungelernete Arbeitskräfte nach Deutschland gekommen und haben entweder in der Produktion am Fließband und im Akkord gearbeitet oder im sonstigen Leichtlohnsektor (Straßenreini-

gung, Putzkräfte etc.). Gerade in diesem Bereich sind in den letzten Jahren viele Arbeitsplätze durch Rationalisierungen, Produktionsverlagerungen usw. weggefallen. Dadurch hat sich der Druck auf die verbleibenden Arbeitskräfte enorm erhöht. Da der Verdienst dieser MigrantInnen oft im unteren Lohnbereich lag, war auch ihre Wohnraumsituation schlecht.

Innerfamiliäre Generationskonflikte

Innerhalb der Familien gibt es häufig Generationskonflikte mit der 2. und 3. Generation, die hier aufgewachsen sind. Die Jüngeren sind in beiden Kulturen verwurzelt. Es wurden und werden Denkweisen der Mehrheitsgesellschaft übernommen, die der ersten Generation fremd sind und ihnen das Gefühl der Entfremdung gegenüber den eigenen Kindern geben.

Ungenügende Sprachkenntnisse

Durch ungenügende Sprachkenntnisse und den daraus resultierenden Verständigungsproblemen kann es zu einer Isolation im Alter kommen. Wenn der tägliche Kontakt mit den ArbeitskollegInnen im Ruhestand wegfällt und nicht vorher Kontakte zu Gleichgesinnten aufgebaut wurden, ist die Gefahr der Isolation, ähnlich wie bei deutschen RentnerInnen, sehr groß. Mangelnde Sprachkenntnisse erschweren die Annahme von Information und Beratung über die Dienste der Altenhilfe.

Medizinische Versorgung

Es bestehen nach wie vor Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung. Sei es wegen mangelnder Sprachkenntnisse, oder sei es wegen nicht genügender Informationen über die Versorgungsstrukturen der Altenhilfe. Für viele MigrantInnen besteht eine große Hemmschwelle, die Angebote der Altenhilfe zu nutzen bzw. ihre Rechte bei Krankheit oder Bedürftigkeit anzumelden.

Bilanzierungskrise

Gerade im Ruhestand wird den MigrantInnen die große Diskrepanz zwischen ihrer Lebensplanung und ihrer Lebenswirklichkeit bewusst. Die Rückkehr ins Herkunftsland hat vielleicht aus finanziellen oder persönlichen Gründen nicht geklappt. Den Kindern konnten nicht so gute Bedingungen geboten werden, wie man es sich gewünscht hätte, und man selber ist u.U. zu krank und zu arm, um sich wenigstens im Alter noch einige Wünsche zu erfüllen.

Eindruck der Ausgrenzung

Behördenwillkür, Gesetzgebung und persönliche Erfahrungen von Rassismus verstärken das Gefühl, in Deutschland auch nach 40 Jahren nicht willkommen zu sein. Wie sich diese Faktoren auf die Einzelnen auswirken, hängt in großem Maße davon ab, wie der biographische Prozess verarbeitet werden kann, wie die ökonomische Situation ist und ob den Betroffenen wenigstens jetzt Anerkennung und Akzeptanz entgegengebracht werden.

Soziale Lage

Die meisten RentnerInnen mit Migrationshintergrund haben in schlecht bezahlten Berufen gearbeitet, waren hohen gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt und haben oft in schlechten Wohnverhältnissen gelebt. Durch ihre Tätigkeit im Niedriglohnsektor ist ihre ökonomische Situation in der Rente eher schwierig.

Hinzu kommt, dass viele EinwandererInnen kürzere Versicherungsverläufe haben, da sie aufgrund ihres Alters zu Beginn der Migration im Vergleich zu den deutschen ArbeitnehmerInnen erst spät in die Rentenversicherungen eingezahlt haben oder bei zwischenzeitlicher Rückkehr und Arbeitslosigkeit die Einzahlungen unterbrachen.

Die unterschiedlichen Versicherungsverläufe führen dazu, dass MigrantInnen generell niedrigere Rentenanwartschaften haben als Deutsche. Viele sind davon ausgegangen, dass sie lediglich einige Jahre in Deutschland bleiben und dann wieder zurückkehren. Diese Vorstellung, im Alter wieder ins Herkunftsland zurückzugehen, hat dazu geführt, dass Gespartes dort investiert wurde. Durch die veränderte Lebenssituation – die Kinder wollen hier bleiben, Verwandte im Herkunftsland gibt es kaum noch oder man hat sich von ihnen entfremdet – hat sich diese Perspektive jedoch oftmals zerschlagen.

Gesundheitliche Lage

Im Verlauf ihres Arbeitslebens kam es bei den meisten MigrantInnen der ersten Generation zu einer Anhäufung gesundheitlicher Belastungsfaktoren (Akkord- und Schichtarbeit, körperlich schwere Arbeit – häufig mit chemischen Toxinen –, starke Lärm- und Hitzebelastung). Aus Unkenntnis, mangelnder Information und mangelnden Alternativen, nahmen sie häufig Arbeiten an, die mit Gesundheitsrisiken verbunden waren. Erholungsphasen gab es kaum, stattdessen wurden über lange Jahre hinweg eine hohe Zahl von Überstunden gemacht. Die Bedingungen der Migration und des Lebens in der Fremde, die biographischen Brüche und kul-

turellen Ambivalenzen waren selbst häufig eine Quelle von Stress, dessen gesundheitlich belastende Auswirkungen sich im Alter als Krankheit manifestieren.

Diese können zu Frühinvalidität, vermehrten Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und allgemeinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Hinzu kommen psychosomatische Krankheiten, die aus der Migrationserfahrung resultieren.

Zusätzliche Stressfaktoren dabei sind:

- Aufenthaltsstatus
- sozioökonomischer Status
- geschlechts- und altersspezifische Entwicklungen
- soziale Netzwerkstrukturen
- prä-, trans-, postmigratorische Stressoren

Studien und Praxisberichte zeigen, dass Probleme der Über- und Unterversorgung dicht nebeneinander bestehen. Einerseits werden Hausärzte häufiger als von Deutschen aufgesucht, Notfallambulanzen der Krankenhäuser häufiger in Anspruch genommen, erfolgen Einweisungen ins Krankenhaus häufiger, ist die Verweildauer höher und werden mehr Medikamente verordnet. Andererseits sind MigrantInnen in der fachärztlichen Versorgung – insbesondere bei PsychiaterInnen und NeurologInnen – sowie in Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen deutlich unterrepräsentiert.

Immer wieder wird von spezifischen Barrieren berichtet, die den Zugang von MigrantInnen zu medizinischen und pflegerischen Leistungen behindern. Dazu gehören sprachliche, soziale und kulturelle Verständigungsprobleme, unzureichende Informationen und mangelnde Informationsmöglichkeiten über Versicherungsansprüche, über Finanzierungsfragen und über das Versorgungsangebot sowie Leistungshindernisse, die nicht mit den kulturellen und sozialen Wertvorstellungen, Lebensstilen und lebensweltlichen Bedürfnissen der MigrantInnengruppen übereinstimmen.

Strukturelle Probleme im Zusammenhang einer mangelnden Anpassung unserer eher *monokulturellen* gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen an die kulturelle Vielfalt der zu versorgenden PatientInnen, aber auch interkulturelle Kommunikations- und Interaktionsstörungen auf der individuellen Ebene stehen einer adäquaten und effektiven gesundheitlichen Versorgung im Wege. (Ünal 1999)

Mangelnde interkulturelle Kompetenz und strukturell unzureichende Möglichkeiten, diese Kompetenz, dort wo es sie gibt, auch einzusetzen – insbesondere Zeitmangel –, blockieren nicht nur die Inanspruchnahme. Sie können auch die Wirksamkeit der erbrachten medizinischen und pflegerischen Leistungen wesentlich beeinträchtigen oder gar ins Gegenteil verkehren – am deutlichsten wird dies bei Fehldiagnosen, die nicht nur durch sprachliche Verständigungsprobleme, sondern auch durch Fehlinterpretationen der Befindlichkeit aufgrund unterschiedlicher kultureller Hintergründe des Krankheits- und Heilungsverständnisses zustande kommen. (Zeman-Expertise, 2005)

Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Die meisten Menschen wünschen sich im Alter so in die Familie eingebunden zu sein, dass eine Versorgung im Alter gewährleistet ist. Dies ist bei MigrantInnen aufgrund der kulturellen Bedingungen im Herkunftsland noch stärker ausgeprägt. Aber durch die zunehmende Auflösung der Familienbande auch bei MigrantInnen und ungenügenden Wohnverhältnissen für generationsübergreifendes Wohnen, ist eine solche Versorgung nur schwer durchzuführen. Der Hilfebedarf und die Inanspruchnahme von Hilfen ist einerseits durch objektive Probleme, andererseits durch die subjektive Wahrnehmung der eigenen Hilfsbedürftigkeit und durch die Hilfeerwartung bestimmt.

Hilfestellung von außen anzunehmen, fällt MigrantInnen oft sehr schwer. Zum einen, weil sie nicht wissen, wo sie solche Hilfe erlangen können und zum anderen, weil sie nicht sicher sein können, dass genügend auf ihre kulturellen, religiösen und ethnischen Bedürfnisse eingegangen wird. Im Falle der Notwendigkeit stationärer Betreuung haben MigrantInnen noch stärker den Eindruck „abgeschoben“ zu werden und Angst, nicht gut versorgt zu sein. In den stationären Einrichtungen hingegen fehlt es nach wie vor oftmals an muttersprachlichen Kräften und Strukturen, die es MigrantInnen ermöglichen würden, sich wohl zu fühlen. Hinzu kommt, dass momentan in den meisten Altenheimen fast ausschließlich Deutsche leben und somit MigrantInnen hier nicht davon ausgehen können, dass auf ihre Bedürfnisse und eventuellen Sprachschwierigkeiten genügend eingegangen wird.

Schlussfolgerungen

Gleichwohl haben MigrantInnen der ersten Generation eine hohe Integrationsleistung vollbracht, haben hier ihre Kinder aufgezogen, versucht ihnen eine bessere Bildung zu ermöglichen und haben nicht unerheblich den wirtschaftlichen Aufschwung mitgestaltet. Durch sie

sind viele MigrantInnenselbstorganisationen entstanden und es wurden breite Netzwerke geschaffen, in denen sich MigrantInnen engagieren.

Trotz der oftmals schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen verfügen MigrantInnen im Alter über viele Ressourcen. Aber ihren Wünschen und Hoffnungen für ein selbstbestimmtes Älterwerden in Deutschland, wird nicht genügend Rechnung getragen. Um die Schlagworte „Aktives Altern“ und Lebenslanges Lernen“ auch für MigrantInnen zugänglich zu machen, müssen die Angebote der Altenhilfe stärker als bisher den Erfordernissen angepasst werden.

Dazu gehören:

- Altenservicezentren mit Angeboten, die auch das Interesse von MigrantInnen abdecken
- Informationen über die Versorgungsstrukturen der Altenhilfe, auch in den jeweiligen Herkunftssprachen
- muttersprachliche Pflegekräfte in ambulanten Diensten und der stationären Altenhilfe, die auch kulturkompetent ausgebildet sind
- Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen und Netzwerken der MigrantInnen
- kulturkompetente Ausbildung von Fachkräften in der Altenhilfe

Mit den entsprechenden Konzepten, Projekten und der Zusammenarbeit aller, die am Integrationsprozess und der Altenhilfe beteiligt sind, werden Möglichkeiten geschaffen, dass auch MigrantInnen an den Angeboten der Altenhilfe partizipieren können und ihren Lebensabend ausgefüllt, unter bestmöglicher gesundheitlicher Versorgung gestalten können.

Literatur

- Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: 7. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Dezember 2007
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: Für eine kultursensible Altenpflege, Handreichung, Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, Köln, Juni 2002
- DIE-Projekt: Migrant/inn/en in der Altenpflege – Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in NRW, November 2004
- Jens Friebe: Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt, DIE, Dezember 2005
- Dr. Peter Zeman: Ältere Migranten in Deutschland Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung, Expertise im Auftrag des Bundesamtes

für Flüchtlinge und Migration, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, November 2005

- Philip Anderson: Ein Bisschen dort, ein Bisschen hier....“, Eine Studie über ältere Migrantinnen und Migranten in München, München 2007
- Ünal, A.: Die Pathologie der Gastfreundschaft. Erfahrungen der Migranten im Sozialstaat Deutschland. Vortrag im Rahmen der Fachtagung Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft am 19./20.11.1999 in Göttingen

Feyza Palecek ist Dipl. Soz. Pädagogin und seit 16 Jahren Leiterin des Projekts DONNA MOBILE. Sie koordiniert dort verschiedene Seminare, Vorträge und Weiterbildung sowie die Selbsthilfegruppen Gesundheitsberatung für MigrantInnen und ihre Familien.

II Seelische Gesundheit & interkulturelle Psychologie/Psychiatrie

Im Vergleich zu anderen Ländern, wie Schweden, die USA oder England, sind transkulturelle psycho-medizinische Ansätze in Deutschland noch unterentwickelt. Aus diesem Grund weist die psychotherapeutische Behandlung von Menschen aus anderen Kulturkreisen noch große Defizite und Versäumnisse auf. Eine bisher nicht gleichwertige und kompetente Versorgung von MigrantInnen stellt die Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie in Deutschland daher vor die Herausforderung, transkulturelle Kompetenzen zu entwickeln und zu fördern.

- **Wielant Machleidt** stellt die „12 Sonnenberger Leitlinien“ vor, die Leitsätze für eine angemessene Versorgung von MigrantInnen und die notwendigen Schritte für ihre Umsetzung.
- **Isaac Bermejo Bragado** und **Alessa von Wolff** erörtern die unterschiedlichen Aspekte, die aus der Sicht der transkulturellen Psychologie zur gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen berücksichtigt werden müssen.
- **Elif D. Cindik** geht auf Segregationstendenzen von MigrantInnen, auf die psychologischen Phasen der Migration und deren Bewältigungsstrategien ein.
- **Jan Ilhan Kizilhan** beschäftigt sich mit den unterschiedlichen subjektiven Krankheitswahrnehmungen, die türkische PatientInnen über ihre Krankheiten bzw. körperlichen Symptome haben.

Wielant Machleidt

Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen

Die Notwendigkeit der Öffnung des Gesundheitswesens für die Versorgung von ZuwandererInnen wird nicht zuletzt durch die Tatsache unterstrichen, dass ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund hat. Psychische Störungen nehmen bei der Morbidität in westlichen Gesellschaften nicht zuletzt in Deutschland eine vorrangige Rolle ein und stellen eine Herausforderung für ein modernes psychiatrisch-psychotherapeutisches Gesundheitssystem dar. Die seelische Gesundheit von MigrantInnen und deren Integration in das Versorgungssystem ist Aufgabe der interkulturellen Psychiatrie/Psychologie und Psychotherapie.

Was versteht man unter interkultureller oder transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie?

Unter interkultureller oder transkultureller Psychiatrie/Psychologie und Psychotherapie versteht man eine Ausrichtung der psychologisch medizinischen Kompetenzbereiche, die sich mit den kulturellen Aspekten der Entstehung, der Häufigkeit und der Art psychischer Erkrankungen sowie mit der Behandlung und Nachbehandlung der Kranken innerhalb gegebener kultureller Gruppen befasst. PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sind die jeweils kulturtypischen Vertreter ihres Faches und können Menschen aus dem eigenen Kulturkreis und mit derselben Ethnizität fraglos am besten einschätzen und vielleicht auch behandeln. In mehrkulturellen Gesellschaften, wie der deutschen, entsteht die Herausforderung für einheimische TherapeutInnen, sich den Erfordernissen kulturübergreifender Behandlungen zu stellen.

Es geht für Einheimische darum, die Kompetenz zu erwerben, psychische Erkrankungen unter einem gewandelten kulturellen Erscheinungsbild zu erkennen und unter Berücksichtigung individueller und sozio-kultureller Bedingungen behandeln zu lernen. Daneben gibt es zunehmend gut ausgebildete FachkollegInnen mit einem Migrationshintergrund der 2. Generation, die ihre – ehemaligen – Landsleute muttersprachlich behandeln können. Dies ist bei der Bedeutung der Sprache in der „sprechenden Medizin“ und der Psychologie für ca. 70% aller PatientInnen besonders erwünscht, insbesondere bei der schwierigen Artikulation seelischer Befindlichkeiten, aber selbst in Großstädten wie Berlin bei weitem noch nicht flächendeckend darstellbar (s.a. Berliner Initiative und Erklärung <http://www.susi-frauenzentrum.com/seiten/initiative.html>).

Fragestellungen und Ziele der interkulturellen Psychiatrie/Psychologie und Psychotherapie

Seit ihrer Begründung als kulturvergleichende Psychiatrie Anfang des 20. Jahrhunderts werden die Fragen im Grundsatz unverändert wie folgt gestellt:

- Gibt es die Krankheiten, die die Psychiatrie herausgearbeitet hat, überall in der Welt?
- Kommen psychische Störungen in gleicher Häufigkeit in verschiedenen Kulturen vor?
- Welche psychischen Erscheinungen werden in den verschiedenen Kulturen als pathologisch, welche als normal eingestuft?
- Werden psychische Störungen in verschiedenen Kulturen unterschiedlich behandelt?
- Haben psychische Störungen unterschiedliche Verläufe in verschiedenen Kulturen?

Der Fokus des Interesses hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten, in denen sich in Deutschland, wie schon in früheren Jahrhunderten, das Bewusstsein gebildet hatte, ein Einwanderungsland zu sein, jedoch auf die ZuwandererInnen verlagert. Heute steht die Förderung der seelischen Gesundheit von MigrantInnen aus den unterschiedlichen europäischen und außereuropäischen Kulturen im Vordergrund. Ergänzend treten deshalb folgende Fragestellungen hinzu, die der interkulturellen Psychiatrie/Psychologie und Psychotherapie eine zunehmende Bedeutung in der alltäglichen Versorgungspraxis zuweisen:

- Welche psychischen Erkrankungen entwickeln MigrantInnen in den Aufnahmekulturen und mit welcher Häufigkeit?
- Welche Behandlungsformen der Herkunftsländer erweisen sich bei MigrantInnen mit psychischen Störungen als wirksam?

Schwerpunkt Versorgung, aber wie?

Dieser veränderte Blickwinkel geht mit einem Wandel der Gesellschaften in europäischen und außer-europäischen Ländern zu multikulturellen Gesellschaften einher. Die Integration von MigrantInnen in die nationalen Gesundheitssysteme kann als ein Beitrag zur Integration von MigrantInnen in die Aufnahmegesellschaften angesehen werden. Die Rahmenbedingungen für die Integration psychisch kranker MigrantInnen bilden die europäische Einwanderungspolitik, das deutsche Zuwanderungsgesetz und die Politik der interkulturellen Öffnung im deutschen Gesundheitswesen. Auf die Behandlung von MigrantInnen mit psychischen Störungen sind die psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssysteme in Deutschland nur ungenügend vorbereitet. Ziel ist die Öffnung und Qualifizierung des Gesundheitssystems im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, um MigrantInnen mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische.

Im Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (www.dgppn.de) sind Grundsätze zur Förderung der seelischen Gesundheit von MigrantInnen erarbeitet worden und in den „12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland“ formuliert worden (Machleidt 2002; Machleidt et al. 2006)

Die 12 Sonnenberger Leitlinien

- Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch/psychologisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.
 - Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie/Psychologie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
 - Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte ÜbersetzerInnen und Kulturmediatoren „face-to-face“ oder als TelefondolmetscherInnen.
1. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen MigrantInnengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
 2. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
 3. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen/PsychologInnen und PsychotherapeutInnen sowie AllgemeinärztInnen.
 4. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie/Psychologie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluß von Sprachfortbildungen.

5. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär- und sekundärpräventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
6. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
7. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von MigrantInnen im Straf-, Zivil-, (Asyl-) und Sozialrecht.
8. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.
9. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung.

Migration, Integration und seelische Gesundheit

Der Migrationsprozess und seine Folgen

Migrationsprozesse haben eine kultur- und situationsübergreifende Regelhaftigkeit (Abb. 1). Diese findet sich sowohl bei Vertreibung durch Gewalt wie bei Kriegsflüchtlingen und politisch Verfolgten als auch bei freiwilligen Zuwanderern wie ArbeitsmigrantInnen. Es lassen sich sechs Stadien des Migrationsprozesses voneinander unterscheiden, in denen jeweils besondere psychische Befindlichkeiten und Erkrankungsrisiken auftreten können.

Die ersten 3 Stadien sind für die seelische Gesundheit meist nicht problematisch: Die Vorbereitungsphase, der Migrationsakt und die erste Begegnung mit dem Aufnahmeland – der „Honeymoon“. In dem 4. Stadium der kritischen Integration kann es im Zusammenhang mit dem Ringen um die Lebensgrundlagen und die Absicherung der beruflichen und familiären Existenz zu einer Ernüchterung und häufig durch übermäßigen Stress zu psychischen Befindlichkeitsstörungen kommen. Auch geht es darum, die Trauer um den Verlust der Heimatkultur und der vertrauten soziokulturellen Vernetzungen zu bewältigen.

Emotionslogik des Migrationsprozesses

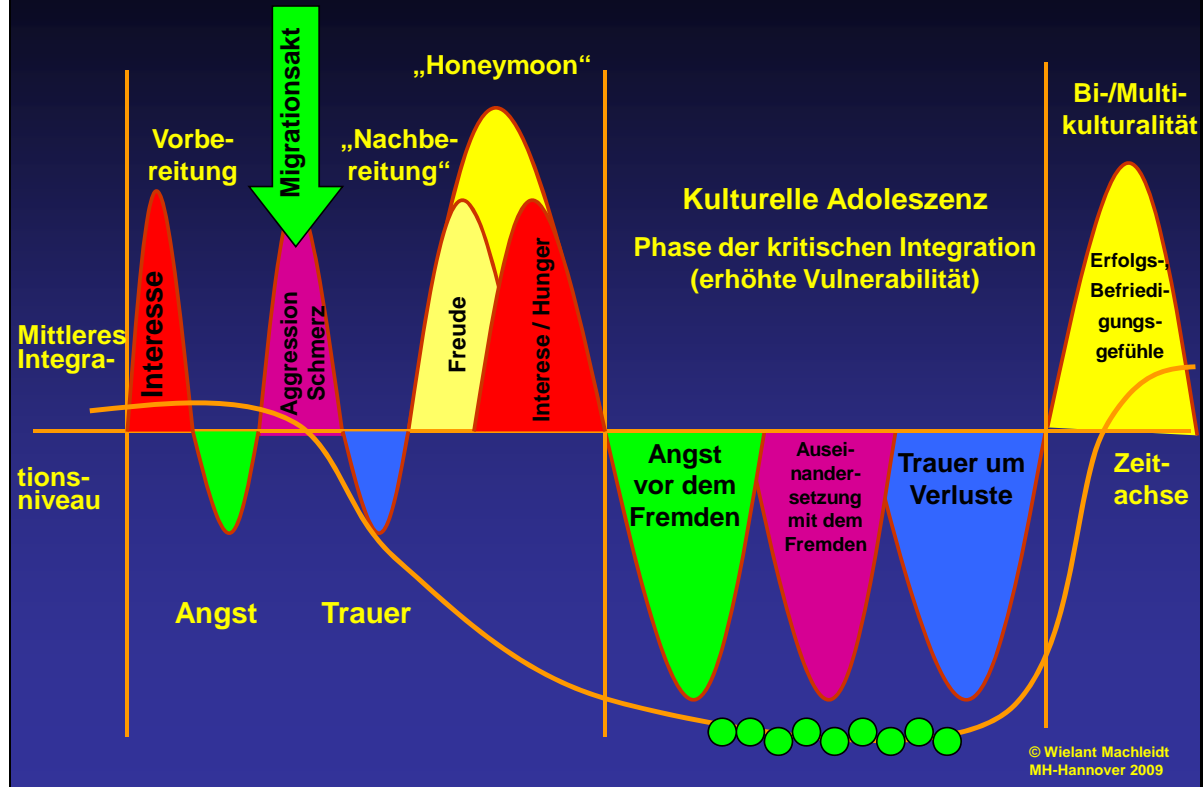


Abb.1: Die Emotionslogik des Migrationsprozesses besteht regelhaft aus zwei komplexen Abschnitten, dem Migrationsakt mit seinen Vor- und Nachbereitungen und der Akkulturation im Aufnahmeland, verbunden mit den Integrationsleistungen im Rahmen der „Kulturellen Adoleszenz“. In diesem Zeitabschnitt besteht beim Auftreten von unlösbaren Konflikten und Befindlichkeitsstörungen (s. grüne Punkte) Beratungs- und Behandlungsbedarf. Mit der schrittweisen Entstehung einer bikulturellen Identität wird eine neue Beziehung zur Aufnahmekultur begründet.

Aber es geht noch um sehr viel mehr, um etwas, das Einheimische sich nicht genügend vergegenwärtigen, nämlich um einen Schritt in der Individualentwicklung, um die „subjektive Seite“ der Migration, die „kulturelle Adoleszenz“: Die Metapher von der „kulturellen Adoleszenz“ geht von der Hypothese aus, dass die Krisen der Adoleszenz in vielfacher Hinsicht den Krisen gleichen, die die Migrationsprozesse auslösen.

Es besteht eine Analogie zwischen den Entwicklungsleistungen der MigrantInnen bei der Integration in die Aufnahmekultur und denen, die Adoleszenten bei der Integration in die Gesellschaft erbringen müssen (Abb. 2) (Machleidt und Heinz, 2008). Wer diese Individuationsleistungen verweigert oder meidet, wird sich statt in integrierten sozialen Netzwerken in der Segregation, Ghettoisierung, Parallelgesellschaft oder Marginalisierung wiederfinden.

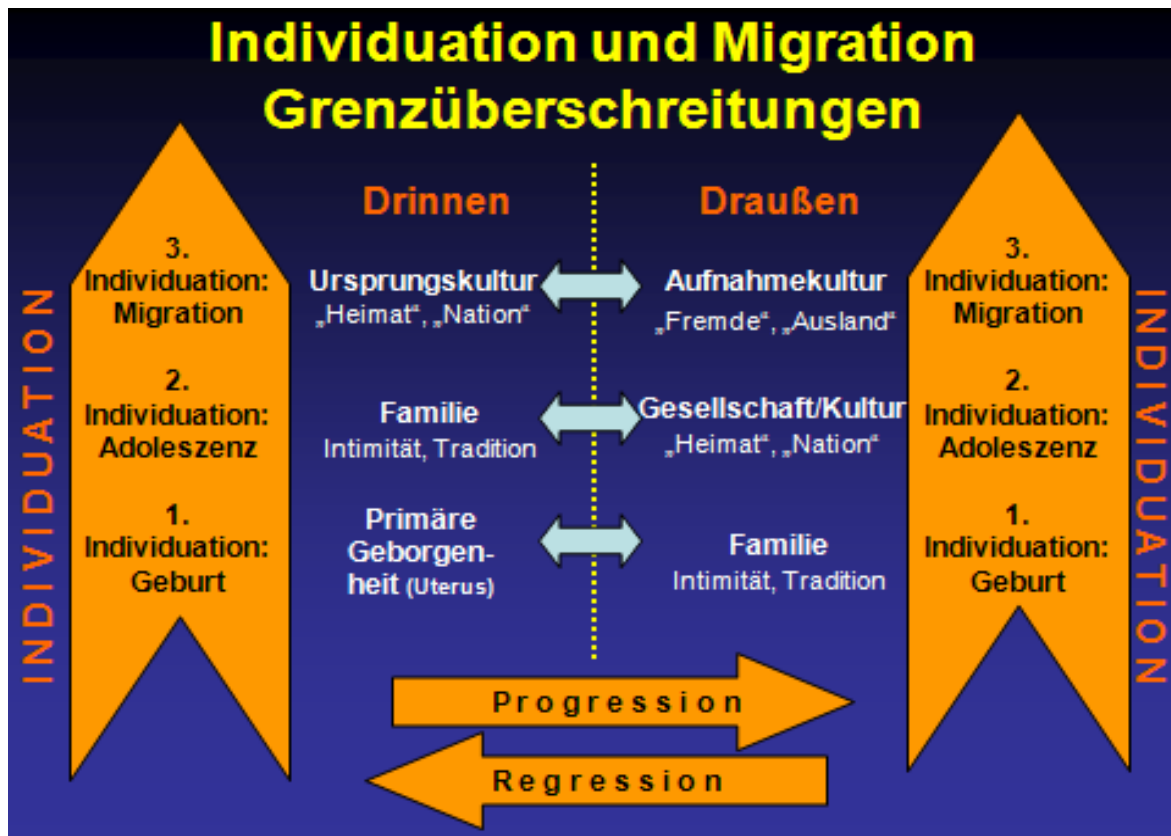


Abb.: 2: Die spezifischen Unterschiede bei den Grenzüberschreitungen bei Geburt, Adoleszenz und Migration als „kultureller Adoleszenz“ sind entwicklungspsychologisch und kulturell determiniert. Der Individuationsschritt der Migration findet auf einer konkreten und einer symbolischen Ebene statt, mit der Konsequenz der Ablösung von der Ursprungskultur wie der Muttersprache, dem Vaterland und dem Verlassen des primären kulturellen Raumes.

Schließlich werden in der Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse die tradierten und familientypischen Stile, Regeln, Sitten, Werte und auch Mythen, die von der Generation der EinwandererInnen gepflegt werden, von der nachfolgenden Generation, die im Aufnahmeland aufwuchs, in Frage gestellt, verändert und adaptiert. Entsprechend der jeweiligen Phase des Migrationsprozesses muss für geeignete Beratung und therapeutische Interventionen Sorge getragen werden (Abb. 1).

Psychische Morbidität

In den 70er Jahren lag die psychische Morbidität von „GastarbeiterInnen“ unter der der deutschen Bevölkerung. Dies war auf die Selektion junger gesunder Migrationswilliger zurückzuführen. Heute zeigt sich nach Zuzug der Familien und aufgrund der Alterung ein differenzierteres Bild. Es kann davon ausgegangen werden, dass die psychische Morbidität von MigrantInnen mindestens so hoch ist wie die der einheimischen Bevölkerung mit gewissen Abweichungen. Gemäss einem international beobachtbaren Trend gleichen sich die Morbiditätsraten der

ZuwandererInnen denen der Einheimischen an. Es müssen jedoch die unterschiedlichen Migrantengruppen und Migrationsumstände unterschieden werden. Bei gewaltsam vertriebenen Kriegsflüchtlingen, Asylsuchenden, politisch Verfolgten und illegalen ZuwandererInnen wird aufgrund von Traumatisierungen im Herkunftsland eine höhere psychische Morbidität angenommen insbesondere hinsichtlich posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS).

MigrantInnen aus der Türkei insbesondere auch Jugendliche haben im Vergleich zu Deutschen eine geringere Rate an Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit als AussiedlerInnen aus Osteuropa, die über dem deutschen Durchschnitt liegen. Depressive Störungen sind vermutlich bei türkischen MigrantInnen häufiger als bei Deutschen, auch mit einer Akzentuierung hinsichtlich körperlicher Ausdrucksformen für seelische Befindlichkeitsstörungen („Somatisierung“: Bauch-, Kopf-, Rückenschmerzen etc.).

In einer europäischen Studie über die Häufigkeit und die Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung bei älteren türkischen und marokkanischen MigrantInnen in den Niederlanden zeigte sich das Folgende: Die Prävalenz depressiver Symptome war bei älteren MigrantInnen aus Marokko 33,6 % und aus der Türkei 61,5 % und damit erheblich höher als bei eingeborenen Niederländern mit 14,5 %. Darüber hinaus war der Ausbildungsgrad und das Einkommen von MigrantInnen sehr niedrig, und sie hatten eine hohe Zahl körperlicher Behinderungen und chronischer medizinischer Erkrankungen. Die ethnische Herkunft war allein für sich mit dem Vorliegen bedeutsamer klinischer depressiver Symptome assoziiert (van der Wurff 2004).

Psychotische Störungen, insbesondere Schizophrenie, sind bei weissen EinwandererInnen in England der 1. Generation um gut das Doppelte erhöht und abhängig von der Hautfarbe bei schwarzen ZuwandererInnen aus der Karibik um bis zum Vierfachen. Dies könnte in Deutschland ähnlich sein. Der internationale Trend besagt, je dunkler die Hautfarbe des/r Zuwanderers/In ist, umso grösser ist das Risiko für die Entwicklung einer psychotischen Störung (normal in Deutschland ca. 1%, bei schwarzen MigrantInnen der 2. Generation ca. 4%). Während die meisten bekannten psychischen Krankheitsbilder ubiquitär in allen bekannten Kulturen gefunden werden, gibt es auch solche, die nur in bestimmten Kulturen auftreten. Dies sind die so bezeichneten „Kulturgebundenen Syndrome“ (CBS), wie z.B. „Brain fog“/„Gehirnermüdung“ bei StudentInnen in Afrika südlich der Sahara, „Susto“/„Seelenverlust“ in Südamerika, etc.

Beispiel: Depressive Störungen im Kulturvergleich

Psychische Symptome

Als transkulturell verbindliche Kernsymptome depressiver Störungen gelten heute intensive „vitale“ Traurigkeit, die Unfähigkeit, Freude zu erleben, Interesseverlust und Energielosigkeit, Gefühle eigener Wertlosigkeit, Angst sowie kognitive Einbußen wie Konzentrationsstörungen. Dies war auch das Ergebnis einer von der WHO initiierten internationalen Studie zur depressiven Symptomatologie in verschiedenen Kulturen (Übersicht s. Machleidt und Calliess 2009). Zusätzliche psychotische Symptome wie Halluzinationen oder depressiver Wahn werden bei PatientInnen im euro-amerikanischen Raum häufiger als in anderen Kulturen angegeben.

Wahnhinhalte beziehen sich bei Euro-AmerikanerInnen vorrangig auf die Themen Schuld, Verarmung und Krankheit, im Nahen und Fernen Osten eher auf Hypochondrie und Verfolgung. Diese müssen sorgfältig von traditionellen Glaubensinhalten abgegrenzt werden und magischen Auffassungen, bei denen traditionell Krankheitsverursachungen durch „aggressive Geister“, „Ahnengeister“, „Hexerei“, „Fluch“, „bösen Blick“ u.a. angenommen werden. Wertlosigkeits- und Schuldgefühle, führende Symptome im euro-amerikanischen Bereich, haben im Vorderen Orient und in Asien eine geringere Häufigkeit, genauso wie Versündigungsgefühle. Es lassen sich also durchaus jenseits der depressiven Kernsymptome interkulturelle Symptomvarianten erkennen.

Somatische Symptome: „Körper-Organ-Metaphorik“

Im euro-amerikanischen Kulturraum gibt es eine typische „Körper-Organ-Metaphorik“ für psychische Belastungssyndrome und Befindlichkeitsstörungen (Lynn Payer 1993). Der Körper dient in diesem Kontext interkulturell als Austragungsort für psychische Belastungen und Konflikte. Eine metaphorische Sprache erleichtert durch ihre Bildhaftigkeit den interpersonellen Austausch über die damit assoziierte Belastungsform. Die Deutschen bevorzugen es, psychische Belastungen mit Beschwerden des Herzens zu artikulieren, die Franzosen/-innen mit Beschwerden der Leber („Avoir les foies“ (le foie – die Leber): „Angst haben“), die EngländerInnen mit Beschwerden des Darms und die US-AmerikanerInnen mit dem „Virus“.

Diese Form kultureller Somatisierungsneigung schlägt sich auch auf den Medikamentenverbrauch nieder. Im Spiegel der Arzneimittelstatistik wurden Deutschen sechsmal mehr Medikamente für das Herz verschrieben als EngländerInnen und US-AmerikanerInnen, obwohl die Deutschen in der Statistik der Herzerkrankungen mit den beiden Ländern gleichauf lagen. Ähnlich verhielt es sich bei den „Organvorlieben“ der Franzosen/-innen und EngländerInnen und den Befindlichkeitsstörungen durch allerlei „Viren“ bei den AmerikanerInnen. Das Wissen um die kulturelle Wahl des Prädispositions- oder Wahlorgans für psychische Belastungen eröff-

net der Diagnostik einen breiten interkulturellen Horizont, der über den euro-amerikanischen Kulturraum weit hinausreicht.

In der oben zitierten WHO-Studie wurde bei depressiven iranischen PatientInnen die höchste und bei kanadischen PatientInnen die niedrigste Rate somatischer Symptome festgestellt. In anderen Ländern ist die Körper-Organ-Metaphorik ebenso verbreitet, so dass im internationalen diagnostischen Klassifikationssystem DSM-IV darauf explizit Bezug genommen wurde. Bei SpanierInnen und LatinoamerikanerInnen werden bei ängstlich depressiven Syndromen über Störungen der „nervos“ oder Kopfschmerzen geklagt, in arabischen Kulturen über Beschwerden des Herzens, bei ChinesInnen vor dem Hintergrund der antizipierten Ying-Yang-Inbalance Schwäche, über Müdigkeit und Kraftlosigkeit.

Diese Reihe ließe sich fortsetzen: TürkinInnen geben häufig Beschwerden des Magen-Darmtrakts (ver-rückte Organe) an und Schmerzsymptome in unterschiedlichen Körperregionen, Russen Schmerzen in der Brust etc. Diese Symptome lassen sich prinzipiell in allen Kulturen finden, allerdings mit großen Unterschieden im Hinblick auf den Sinn und der Bedeutung der Körpersprache für die Art der ausgedrückten Befindlichkeitsstörung. Die Diagnostik ist darauf angewiesen der „irrationalen“ Logik der Körper-Organensprache zu folgen, um deren Bedeutung für seine diagnostischen Kategorien in geeigneter Weise zu berücksichtigen.

Bei asiatischen, insbesondere chinesischen PatientInnen in Deutschland ist dies z.B. ausgeprägt. Arthur Kleinman, der sich besonders eingehend mit psychischen Störungen bei ChinesInnen beschäftigt hat, betonte, dass viele depressive ChinesInnen nicht über ein Gefühl von Traurigkeit klagen, sondern vielmehr über Langeweile, Unbehagen, Gefühle innerer Spannung und Symptome wie Schmerz, Schwindel und Erschöpfung berichten. Diese kulturell kodierten Symptome mögen für die Depressionsdiagnostik bei chinesischen MigrantInnen in Deutschland verwirrend sein und sollen möglicherweise auch diese Funktion haben. Chinesische ImmigrantInnen empfinden die Diagnose einer Depression aus moralischen Gründen als inakzeptabel und von ihrer persönlichen Erlebnisevidenz her als nicht nachvollziehbar. In China werden solche Syndrome deshalb mit Vorliebe unter mehr körperbezogenen Diagnosen wie Neurasthenie („Erschöpfungssyndrom“), Hypochondrie oder unter vielfältigen Somatisierungen (Somatoforme Störung), aber nicht unter Depression klassifiziert (Kleinman, 1980).

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker MigrantInnen

Erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland ist die Chancengleichheit für MigrantInnen bei der Gesundheitsversorgung. Die Öffnung und Qualifizierung des Gesundheitssystems

im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung soll MigrantInnen ermöglichen, mit denselben hohen Qualitätsstandards und Therapieerfolgen behandelt zu werden wie Einheimische. Allerdings ist dies noch nicht alltägliche Realität (Machleidt et al. 2007). Es ist plausibel, davon auszugehen, dass in Deutschland MigrantInnen eine etwa gleich hohe allgemeinspsychiatrische Morbidität aufweisen wie Einheimische und eine erhöhte Morbidität für depressive und vielleicht auch somatoforme Störungen, psychische Traumen sowie für Schizophrenie und je nach Alter und ethnischer Herkunft für Suchtstörungen. Das Auftreten psychischer Symptome muss in einem frühen Stadium ernst genommen werden, weil dieses ein Signal dafür ist, dass ein Integrationsprozess vom Scheitern bedroht ist.

Die folgenden Fakten kennzeichnen die derzeitige Behandlungssituation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem: MigrantInnen sind in vielen offenen stationären und teilstationären psychiatrischen Bereichen unterrepräsentiert, in den geschlossenen Bereichen und der Forensik inzwischen wie Einheimische repräsentiert (Koch et al. 2007, 2009). MigrantInnen erhalten mehr Notfallleistungen, aber weniger ambulante psychotherapeutische sowie rehabilitative Behandlungen, deren Qualität häufig unterhalb der Standards bei Einheimischen liegen. Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird gefordert (s. Berliner Initiative 2008).

Als Gründe sind dafür anzuführen: Schamgefühle und Stigmatisierungsängste sind bei psychischen Erkrankungen von MigrantInnen insbesondere MuslimInnen nicht geringer als bei Deutschen. Zur Unterrepräsentation in den offenen stationären und teilstationären Bereichen sowie in den Ambulanzen tragen Unkenntnis und Aversionen gegenüber psychiatrischen und kommunalen Institutionen bei. Ein Teil der Betroffenen kommt deshalb nur zur Notfallbehandlung und häufig unter Zwang in die Klinik, andere Betroffene kehren zur Behandlung in ihre Heimatländer zurück oder werden von den Großfamilien selber versorgt (Machleidt 2005). Die Institutionen in Deutschland sind noch zu wenig MigrantInnen freundlich (s. WHO Aktion „migrant-friendly hospitals“; www.mfh-eu.net/public/home.htm) organisiert und es fehlt u.a. an muttersprachlichen TherapeutInnen.

In den „Sonnenberger Leitlinien“ zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland sind, wie oben aufgeführt, die 12 Leitsätze für eine angemessene Versorgung von MigrantInnen und die dafür notwendigen Umsetzungsschritte formuliert worden. Die folgenden Empfehlungen müssen zur besseren Integration von MigrantInnen in das psychiatrisch/psychologisch-psychotherapeutische Versorgungssystem regional umgesetzt werden: Die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung durch Kultursensitivität und Kulturkompetenz der MitarbeiterInnen, die Bildung mehrkultureller BehandlerInnenteams, den

Einsatz von DolmetscherInnen und KulturmediatorInnen, die engere patientenInnenbezogene Kooperation mit den MigrantInnengruppen sowie die Verbesserung mehrsprachiger Informationen über den Aufbau des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland und dessen Aufgaben.

Literatur

- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen, 1996
- Kleinman A.: Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley CA: University of California Press, 1980
- Machleidt, W., Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. In Der Nervenarzt, 73: 1208-1209, 2002
- Machleidt W.: Ausgangslage und Leitlinien transkultureller Psychiatrie in Deutschland http://www.psychiatrie.de/data/downloads/3b/00/00/Beitrag_Machleidt.pdf
- Machleidt W., Calliess I.T.: Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. Die Psychiatrie 2, 77-84, 2005
- Machleidt W., Salman R., Calliess I.T. (Hg.): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten, in Psychiatrie und Psychotherapie. VWB Berlin, 2006
- Machleidt W., Behrens K., Calliess I.T.: Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Psychiat. Praxis 34:325-331, 2007
- Machleidt W., Heinz A.: Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Herpertz S.C., Caspar F., Mundt Ch. (Hrsg.): Störungsorientierte Psychotherapie. Urban und Fischer Elsevier, München, 628-637, 2008
- Machleidt W., Calliess I.T.: Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In: Berger (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Urban und Fischer Elsevier, München, Jena, S. 1119-1143, 2009
- Payer L.: Andere Länder, andere Leiden, Campus, Bd. 1065, 1993
- Wurff van der F.B., Beekman A.T.F., Dijkshoorn H., Spijker J.A., Smits C.H.M., Stek M.L., Verhoeff A. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands, J Affective Disorders 83: 33-41, 2004.

Prof. Dr. med. Wielant Machleidt war bis 2007 Inhaber des Lehrstuhls für Sozialpsychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er ist Initiator der "Sonnenberger Leitlinien" zur Früherkennung und -behandlung psychischer Erkrankungen bei MigrantInnen.

Isaac Bermejo und Alessa von Wolff

Gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen und transkulturelle Psychologie

Durch die zunehmende Globalisierung und das Entstehen multikultureller Gesellschaften gewinnen kulturelle Aspekte auch in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Nach Schätzung der Vereinten Nationen gab es im Jahr 2006 weltweit 200 Millionen MigrantInnen (Vereinte Nationen, 2007). Unter MigrantInnen werden Menschen verstanden, die ihren Geburtsort verlassen und sich innerhalb ihres Landes bewegen (nationale MigrantInnen) oder ihr Geburtsland (transnationale MigrantInnen) verlassen.

Zur Gruppe der MigrantInnen zählen in Deutschland Personen nicht-deutscher Nationalität (etwa 8% der Gesamtbevölkerung) bzw. „Personen mit Migrationshintergrund“, wenn mindestens ein Elternteil zugewandert ist (16 bis 20% der Gesamtbevölkerung) (Muthny & Bermejo, 2008). Damit handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe mit sehr unterschiedlicher kultureller, ethnischer, religiöser und sozialer Herkunft dar.

Bei der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen lassen sich eine Reihe Schwierigkeiten feststellen. Zum einen existieren unterschiedliche Barrieren zur gesundheitlichen Versorgung, zum anderen erschwert ein unterschiedliches kulturellgeprägtes Krankheitsverständnis oft eine adäquate und effektive medizinische Behandlung. Mangelnde Aufklärung von MigrantInnen über die Angebote des Gesundheitssystems führen darüber hinaus dazu, dass diese oft sehr spät die richtige Behandlung in Anspruch nehmen.

Migrationsprozess und Gesundheit

Der Prozess der Migration beinhaltet nicht nur die Verarbeitung vieler neuer Erfahrungen sondern auch den Umgang mit Verlusten. Diese ziehen häufig langwierige Akkulturationsprozesse nach sich, die unter Umständen zu körperlichen und psychischen Beschwerden führen können. Dabei ist es wichtig, Migrations- und Akkulturationsprozesse nicht per se als krankmachend zu betrachten.

In Deutschland stammt ein Großteil der MigrantInnen aus südeuropäischen Ländern. Es handelt es sich vor allem um ArbeitsmigrantInnen (der sog. „Gastarbeitergeneration“) und deren nachgezogene Familien, die aufgrund eines Arbeitskräftemangels zu Beginn der 60er Jahre angeworben wurden, dann aber häufig über 30 Jahre blieben und hier alt geworden sind. Auf-

grund der hohen Zahl und der besonderen Bedeutung für Deutschland und das deutsche Gesundheitssystem beziehen sich die folgenden Ausführungen auf die Situation dieser MigrantInnengruppe. Obwohl viele für immer in Deutschland bleiben werden, ist ein Großteil bis heute immer noch nicht adäquat integriert, so dass ein Leben zwischen Anpassung und eigener kultureller Identität keine Seltenheit ist.

Gesundheit und Krankheit im transkulturellen Kontext

Im Zeitalter der Globalisierung migrieren immer mehr Menschen in andere Länder. Diese Menschen kommen dabei in Kontakt mit einem Gesundheitssystem, das häufig anders funktioniert, als sie es aus ihren Herkunftsländern gewohnt sind. Und auch das Gesundheitssystem selbst steht dabei vor der Aufgabe, auf die veränderte Situation einer multikulturellen Zusammensetzung der Gesellschaft zu reagieren (Kizilhan/Bermejo, 2009). So muss das therapeutische Personal in Kliniken, Praxen und Beratungsstellen zunehmend auf PatientInnen aus anderen Kulturkreisen eingehen.

Die Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit" und das, was darunter verstanden wird, sind eng mit der in einer Kultur vorherrschenden Medizintradition und dem entsprechenden Gesundheits- bzw. Krankheitsmodell verbunden. Die medizinpsychologische Forschung konnte zeigen, dass das Laienverständnis von Erkrankungen, ihren Ursachen, ihrer Entstehung sowie der Wirksamkeit ihrer Behandlung und Vorbeugung wesentlichen Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung und das Gesundheitsverhalten hat. Diese Lientheorien werden dabei in bedeutendem Ausmaß durch kulturelle, soziologische sowie migrationsbezogene Aspekte mitbestimmt und beeinflussen ihrerseits die Inanspruchnahme und Wirksamkeit medizinischer Versorgung (Bermejo 1996; Bhui et al. 2003). Sowohl empirische Ergebnisse als auch theoretische Konzepte bestätigen die große Bedeutung kultureller und gesellschaftlicher Aspekte für die Gesundheitsversorgung und Prävention (Erim/Möllering 2004).

So kommt es bei der Prävention, Diagnose und Behandlung bei MigrantInnen häufig aufgrund kulturspezifischer (z.B. individuelle und gesellschaftliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte), migrationsbezogener (z.B. Sprachprobleme, Verlust familiärer Bindungen) und versorgungsspezifischer Faktoren (z.B. Zugangsbarrieren, mangelnde interkulturelle Fachkompetenz) zu einem erhöhten zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcenaufwand (z.B. Fehl- bzw. Endlosdiagnostik, Chronifizierungen, verstärkter Einsatz invasiver Therapiemaßnahmen, frühere stationäre Einweisungen) (vgl. Lauderdale et al. 2006).

Dies ist besonders relevant, da ein Teil der Migrationsbevölkerung großen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist:

- deutlich mehr kritische „live events“ (z.B. fragliche Zukunftsorientierung/ -perspektiven, Identitätskrisen, Entwurzelungs- und Verlustgefühle u.a.),
- unsichere Aufenthaltssituation, oft prekäre Arbeits- und Wohnsituation und sozioökonomische Probleme,
- sprachliche Schwierigkeiten und hoher Segregationsgrad (v.a. bei der ersten, z.T. aber auch bei der zweiten und dritten Generation),
- belastende Spannungssituation zwischen Rückkehr- und Verbleib-/Einbürgerungsentscheidung, durch ethnische/kulturelle Diversifizierung verstärkte/erschwerte Generationenkonflikte.

Eine entscheidende Bedeutung spielt dabei neben soziodemographischen und schichtbedingten Faktoren auch der kulturelle Hintergrund. MigrantInnen in Deutschland sind vor allem von Infektionskrankheiten, degenerativ-rheumatischen Erkrankungen und psychosomatischen Störungen betroffen. Allerdings ist bei der Interpretation solcher Ergebnisse zu berücksichtigen, dass auch hier Verständnisprobleme und die unterschiedliche Inanspruchnahme unseres Versorgungssystems eine Rolle spielen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass einerseits spezifische Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit Migration bestehen, die Entstehung und Verlauf von Erkrankungen beeinflussen (Bhugra 2005); andererseits aber auch die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund unzureichend ist. Hinsichtlich Diagnostik und Behandlung besteht ein Mangel an adäquaten Angeboten, bzw. Fachpersonal, aber auch bei Menschen mit Migrationshintergrund lassen sich Defizite im Wissenstand bzgl. der Behandlungsmöglichkeiten erkennen.

Sprachliche Barrieren, die Unkenntnis vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme, der Umgang mit verschiedenen Krankheiten (z.B. Depression und Sucht) und deren Tabuisierung erschweren die Versorgung. Zusätzlich kommt es aufgrund ethnozentrischer Fehldeutungen bei MigrantInnen und behandelnder Personen zu weiteren Zugangsbarrieren. Menschen mit Migrationshintergrund werden in der ambulanten wie stationären Versorgung im Vergleich zu Deutschen weniger ausreichend informiert und behandelt (Borde/David 2003; Yildirim-Fahlbusch 2003).

Für die MigrantInnenbevölkerung in Deutschland erscheint es daher wichtig, bei Präventions- und Gesundheitsangeboten sowohl migrations- als auch kulturbezogene Faktoren zu berücksichtigen.

sichtigen, diese auch in der jeweiligen Muttersprache anzubieten und stärker personelle und individuelle Konzepte zu fördern. Die Individualität der Person sollte hierbei immer vor dem kulturellen Hintergrund Beachtung finden. Denn nur kultursensitive Interventionen, die auch subkulturelle Aspekte wie regionale/familiäre Gewohnheiten und Bräuche, sowie unterschiedliche Migrations- und Integrationsprozesse berücksichtigen, erscheinen erfolgversprechend (Zouche/Husted 2000).

Psychische Erkrankung im transkulturellen Kontext

Zwar sind sich ExpertInnen einig, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Erkrankungen nicht nachweisbar ist, gleichwohl können Belastungsfaktoren festgestellt werden, die mit Migration in Zusammenhang stehen und die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen beeinflussen (Bhugra 2006). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung dieser Personengruppen ist jedoch bisher unzureichend.

Hinsichtlich Diagnostik und Behandlung besteht ein Mangel an adäquaten Angeboten bzw. Fachpersonal. Insbesondere sprachliche Probleme, kulturelle Missverständnisse, spezifische religiöse Vorstellungen und mangelnde Kenntnis von Familienstrukturen oder den Bedingungen im Herkunftsland erschweren die therapeutische Arbeit. Dies führt nicht selten zu einer unterschiedlichen Beurteilung von Problemlagen zwischen BehandlerInnen und PatientInnen, in einigen Fällen sogar zu Fehldiagnosen und inadäquaten Behandlungen (Bermejo et al. 2009; Koch 2003; Lay et al. 2005; Schraufnagel et al. 2006).

Fazit

Fraglos kann die Migration selbst (bzw. spezielle Bedingungs- und Begleitfaktoren derselben) ein wichtiger Faktor in der Genese körperlicher und/oder psychischer Krankheiten sein. Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht monokausal interpretierbar, sondern dürfte von einer Vielzahl anderer Faktoren abhängen. In einer Gesellschaft, die sich aus vielen verschiedenen Kulturen zusammensetzt, existieren auch unterschiedliche kulturelle Krankheits- und Gesundheitskonzepte, die durch Migration in einen dauerhaften und sich dynamisch entwickelnden Wechselwirkungsprozess geraten.

Aus vielen Forschungsergebnisse lassen sich in Abhängigkeit des kulturellen Hintergrundes deutliche Differenzen bzgl. des Verständnisses von Krankheit und Gesundheit, im Erleben von Symptomen, bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung sowie hinsichtlich der Akzeptanz und Effektivität primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen fest-

stellen. Die Ergebnisse nationaler und internationaler Studien bestätigen zudem die Notwendigkeit sprachliche und kulturelle Faktoren bei der Behandlung von PatientInnen stärker zu berücksichtigen (Bermejo et al. 2009; Johnson et al. 2004; Bhugra/Mastrogianni 2004; Jonnolagadda/Diwan 2005).

Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen sowohl das Fachpersonal, als auch die Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse, um diese Gruppe frühzeitig und adäquat behandeln zu können, und so z.B. eine Chronifizierung der Krankheit zu vermeiden (Bermejo et al. 2006). Der entscheidende Schritt zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund ist die Öffnung der Regelangebote im ambulanten und stationären Gesundheitssystem für transkulturelle Aspekte. Dazu ist allerdings der Erwerb von interkultureller Kompetenz der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem Voraussetzung.

Eine transkulturelle Orientierung kann zu einer verbesserten Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und zu einer Vermeidung von Fehlversorgung führen (Bermejo et al. 2009, Murray/Skull 2005). Durch eine adäquatere Versorgung wiederum lassen sich problematische Krankheitsverläufe und Chronifizierungen vermeiden, die ihrerseits zu einer Verringerung der gesamtgesellschaftlichen finanziellen Belastungen führen (Muthny/Bermejo 2008).

Unter einer transkulturellen Perspektive sind daher Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zur Verbesserung der Behandlungssituation von MigrantInnen notwendig:

- Stärkerer Einbezug von MigrantInnen bei der Entscheidung für und der Durchführung von Maßnahmen (migrationsbezogene Ebene)
- Kooperation zwischen Institutionen des Gesundheitssystems und ausländer-spezifischen Einrichtungen (institutionelle Ebene)
- Sensibilisierung und Fortbildung des Personals für Bedürfnisse und Spezifika der MigrantInnengruppen (interkulturelle Ebene)
- Überwindung von kultureller und zeit-räumlicher Zentriertheit, Entwicklung und Umsetzung transkultureller Konzepte der Gesundheitsversorgung (transkulturelle Ebene)
- Berücksichtigung sprachlich-kultureller Besonderheiten bei Gesundheit, Prävention, Krankheit, Gesundheitsversorgung (kulturspezifische Ebene)

Literatur

- Bermejo, I. (1996). Kultur, Migration und das Verständnis von Krebs und Herzinfarkt. Ein transkultureller Vergleich von Spaniern und Deutschen. Münster: Lit.

- Bermejo, I., Bursch, S. & Muthny, F. A. (2006). Subjektive Theorien zum Herzinfarkt im transkulturellen Vergleich. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 318-324.
- Bermejo, I., Kriston, L., Berger, M., & Härter, M. (2009) Patients' language proficiency affects process and outcome quality of inpatient depression treatment in Germany. *Psychiatric Services* (in press)
- Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry* 184, 10-20.
- Bhugra, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (Suppl. 429), 17-23.
- Bhui, K., Stansfeld, S., Hull, S., Priebe, S., Mole, F. & Feder, G. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK: A Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 182, 105-116.
- Borde T, David M (Hrsg) (2003) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt.
- Erim, Y. & Möllering, A. (2004). Psychologische Betreuung von Migranten. In J. Bengel (Hrsg), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin: Springer.
- Jonnolagadda, S.S. & Diwan, S. (2005). Health behaviors, chronic disease prevalence and self-rated health of older Asian Indian immigrants in the U.S. *Journal of Immigrant Health*, 7, 75-83.
- Kizilhan, J. & Bermejo, I. (2009) Migration, Kultur, Gesundheit. In: Bengel, J, Jerusalem, M (Hrsg.). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Bern: Huber (in Druck)
- Koch, E. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003*, Berlin. Berlin und Bonn (S. 43-53).
- Lauderdale, D. S., Wen, M., Jacobs, E. A. & Kandula, N. R. (2006). Immigrant perceptions of discrimination in Health Care. *The California Health Interview System 2003. Medical Care*, 44, 914-920.
- Lay, B., Lauber, C. & Rossler, W. (2005). Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 358-366.
- Muthny, F.A., Bermejo, I. (Hrsg). (2008). *Interkulturelle Aspekte der Medizin – Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Murray SB, Skull SA (2005) Hurdles to health: immigrant and refugee health care in Australia. *Australian Health Review* 29; 25-29

- Schraufnagel, T.J., Wagner, A.W., Miranda, J. & Roy-Birne, P.P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *General Hospital Psychiatry* 28: 27-36
- Vereinte Nationen. „Global estimates“. <http://esa.un.org/migration> 23.8.2007
- Yildirim-Fahlbusch, Y (2003). Türkische Migrantinnen/Migrantinnen/Migranten: Kulturelle Missverständnisse. *Deutsches Ärzteblatt* 100/18, A-1179-1181.
- Zoucha, R. & Husted, G,L. (2000). The ethical dimensions of delivering culturally congruent nursing and health care. *Issues in Mental Health Nursing*; 21: 325-340.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Isaac Bermejo Bragado ist wiss. Mitarbeiter in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Uniklinikums Freiburg. **Alessa von Wolff** studiert Psychologie und ist wiss. Hilfskraft in der gleichen Abteilung.

Elif Duygu Cindik

Migration, psychische Gesundheit und transkulturelle Psychiatrie

Bisher scheint Deutschland nur insofern multikulturell, als MigrantInnen zu einem tragenden wirtschaftlichen Element geworden sind. Trotz zunehmender Aufenthaltsdauer und verbesserten Sprachkenntnissen entstehen zwischen ZuwandererInnen und Einheimischen zu wenig intensive Beziehungen. Die EinwandererInnen entwickeln sich nicht zu integrierten bikulturellen Persönlichkeiten mit Verankerung sowohl in der Herkunfts- als auch in der Aufnahmekultur, sondern bleiben in ihren Herkunftskulturen verhaftet. Als Schutz vor Assimilation und Verlust der kulturellen Identität werden besonders bei Diskriminierung die hergebrachten Traditionen enorm wichtig. Religiosität, Sitten und Normen werden in der Diaspora häufig viel orthodoxer ausgelegt und intensiver gelebt als im Heimatland.

Dieser Trend wird Segregation genannt und (lat. segregatio: Absonderung, Trennung) beschreibt die „Entmischung von Bevölkerungsgruppen“ und das Entstehen homogener Nachbarschaften. Das Resultat ist die Ausbildung charakteristischer Stadtviertel wie z.B. Kreuzberg in Berlin. Über die Ursache herrschen unterschiedliche Meinungen. Die kulturelle und gesellschaftliche Marginalisierung und der Bildungsgrad sind wichtige Faktoren. Bei guter Schulbildung und höherer beruflicher Stellung und entsprechendem Einkommen bestehen weniger Segregationstendenzen.

Bisherige konzeptionelle Untersuchungen zu Migration und Gesundheit

Als Ursachen für eine erhöhte Vulnerabilität von MigrantInnen für psychiatrische Erkrankungen wird die Kombination aus hohen Anpassungsanforderungen an die neue Lebensumwelt und der Verlust der Anbindung an das Herkunftsland vermutet. Die psychologischen Phasen der Migration mit typischem Risiko- und Bewältigungsmuster wurden von Sluzki (1979) besonders anschaulich dargestellt. Der Prozess der Immigration hat einen kulturübergreifenden Ablauf und wird folgendermaßen eingeteilt: 1. Vorbereitungsphase, 2. eigentlicher Migrationssakt, 3. Phase der Überkompensierung, 4. Phase der Dekompensation, 5. Phase der meist generationsübergreifenden Anpassung. Laut Sluzki ist es weniger die ethnische Zugehörigkeit als die Phase des Migrationsprozesses, die zu den typischen psychischen Erkrankungen bei MigrantInnen führt.

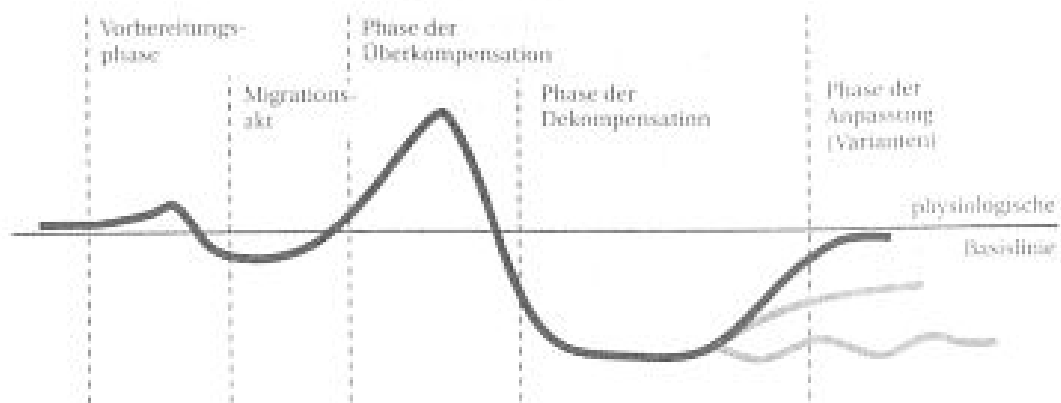


Abb. 1. Phasenverlauf der Migration (n. Sluzki)

In den ersten 3 Phasen einer geplanten Einwanderung – mit Vorbereitung, Zuzug und Überkompensierung, auch „Honeymoon-Phase“ genannt –, werden PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen eher selten konsultiert. In der vierten Phase der Dekompensation, in der die bisherige familiäre und kulturelle Identität in Frage gestellt wird und eine neue multikulturelle Identität und Zukunftsaussicht noch nicht vorhanden ist, besteht ein erhöhter Konsultationsbedarf. Das Risiko für psychiatrische Erkrankungen, wie z.B. somatoforme Störungen, Suchterkrankungen, Depressionen und andere Psychosen, ist dann besonders hoch. Im Durchschnitt wird die Phase der Dekompensation nach ca. 7 Jahren erreicht, so dass sich MigrantInnen dann erst an das deutsche Gesundheitssystem (Haasen 2002) wenden. Meist wenden sich EinwandererInnen an ihre HausärztInnen und seltener direkt an eine(n) niedergelassene(n) PsychiaterIn.

In der Dekompensationsphase werden Probleme wie die Akkulturation und Entwurzelung, Rollenverluste, Ambivalenz in der Zukunftsplanung (z.B. durch eine aufrechterhaltene Rückkehrillusion) verarbeitet. Bei ungenügender Verarbeitung kann eine Depression entstehen. Besonders die Kinder stehen im Konflikt zwischen der elterlichen kulturellen Identität und der außerfamiliär erfahrenen Sozialisation in der Mehrheitsgesellschaft. Das Nichtbefolgen der elterlichen Wertvorstellungen würde zur Entwertung der Lebensziele der Eltern führen. Dieser Widerspruch führt oft zu einer ambivalenten Haltung im Lebenskonzept der Zuwandererkinder. Vor diesem Hintergrund sind auch viele „Importheiraten“ von komplett in Deutschland aufgewachsenen jungen MigrantInnen zu verstehen.

Hofstede (2004) vergleicht kollektivistisch und individualistisch orientierte Kulturen. In einer kollektivistischen Gesellschaft ist die Identität im sozialen Netzwerk begründet, man wird in eine Gruppe hineingeboren und muss sich loyal verhalten. Beziehungen sind wichtig, auch im Arbeitskontext verhält man sich ähnlich einer familiären Bindung. Übertretungen von Regeln führen zum Gesichtsverlust nicht nur der Person selbst, sondern der ganzen Gruppe. In individualistischen Kulturen hingegen liegt die Identität im Individuum selbst begründet, kritische Meinungsäußerungen werden als Zeichen einer gefestigten Persönlichkeit gesehen. Die Beziehungen in der Arbeitswelt werden als Vertrag mit gegenseitigem Nutzen definiert. Einstellungs- und Beförderungsentscheidungen sollen ausschließlich auf Fertigkeiten beruhen. Übertretungen von Regeln führen zu Schuldgefühlen und Verlust der Selbstachtung. Das Individuum ist ausschließlich für sich selbst und die Kernfamilie verantwortlich.

Probleme in der Behandlung von MigrantInnen im deutschen Gesundheitssystem

Das medizinische Versorgungssystem hat sich noch nicht genügend auf die stetig wachsende Zahl von MigrantInnen als PatientInnen eingestellt. Gutes Fachpersonal, welches nicht nur Sprachkompetenz, sondern auch die nötige Sensibilität für andere kulturelle Eigenheiten hat, ist kaum vorhanden. Die wenigen muttersprachlichen Fachkräfte in Kliniken wurden meist ohne ein migrationsspezifisches Konzept eingestellt. Die Serviceleistungen psychiatrischer Einrichtungen sind immer noch monokulturell an der einheimischen Klientel orientiert, was zu einer Ungleichheit bei der Inanspruchnahme führt. Das erklärt warum MigrantInnen viel seltener in freiwilliger psychiatrischer Behandlung sind, aber deutlich häufiger per Zwangsmaßnahme eingewiesen werden. Auch sind nur wenige chronisch psychisch kranke MigrantInnen in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen betreut. Es gibt wenig muttersprachlich kompetente gesetzliche BetreuerInnen. Hier besteht eindeutig Unterversorgung. Bisherige Aussagen über Inzidenzen und Prävalenzen psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen müssen also vor dem Hintergrund dieser „Zugangsbarrieren“ interpretiert werden.

Eine gestörte Arzt-Patient-Kommunikation führt häufig zu unnötigen Medikamentenverschreibungen und vermehrter apparativer Diagnostik. Oft wird bei Verständigungsproblemen z.B. bei der Anamneseerhebung, Therapieplanung und Aufklärung vor einem Eingriff zum Übersetzen komplizierter medizinischer Inhalte unqualifiziertes Hilfspersonal oder Angehörige der PatientInnen als „DolmetscherInnen“ eingesetzt. Häufige Folgen dieser Verständigungsschwierigkeiten sind Fehldiagnosen. Da es wenig sprachkompetente TherapeutInnen gibt, sollten speziell geschulte DolmetscherInnen eingesetzt werden. ÜbersetzerInnen sollten sich als Sprachrohr der Beteiligten sehen und nicht selbständig in die Behandlung eingreifen.

Fachkompetente, inhaltlich genaue und wertneutrale Übersetzungen unter Einhaltung der Schweigepflicht sind ihre Aufgaben.

Im stationären Setting sind EinwandererInnen innerhalb der gesamten PatientInnengruppe häufig isoliert und von Alltagsgesprächen ausgeschlossen. Sie können kaum an deutschsprachigen therapeutischen Gruppen teilnehmen, verstehen Anleitungen in den Therapiegruppen nicht. Hier sollten sowohl speziell zugeschnittene Angebote (z.B. muttersprachliche Psychoedukation) als auch integrative Gruppen (z.B. gemeinsame Beschäftigungs- und Bewegungstherapien) angeboten werden. Da MigrantInnen häufig andere Erwartungen an das Gesundheitssystem haben und anders mit Krankheitssymptomen umgehen, ist es nicht verwunderlich dass z.B. türkische PatientInnen in einer Allgemeinarztpraxis sich signifikant häufiger Schmerzmittel verschreiben ließen. Während ein westlicher Arzt die Mitarbeit und Eigenverantwortung seiner PatientInnen mobilisieren will, wünscht sich ein(e) PatientIn mit Migrationshintergrund häufig umgehende direktive Hilfe durch die Autorität der ÄrztInnen.

Der bessere familiäre Zusammenhalt in Migrantenfamilien spendet Geborgenheit und Unterstützung und sollte in der Behandlung der PatientInnen als wichtige Ressource therapeutisch genutzt werden, denn im Vergleich zu Einheimischen sind psychisch erkrankte MigrantInnen häufiger verheiratet. Suchtprobleme gehören zu den eindrücklichsten Begleiterscheinungen der Migration. Auch hier wird das Hilfsangebot der Einrichtungen kaum genutzt. Gerade männliche junge Migranten sind mit den widersprüchlichen Anforderungen des Elternhauses und der Mehrheitsgesellschaft überfordert.

Die besondere Rolle der Migrantinnen in Deutschland

In den meisten westeuropäischen Ländern ist derzeit knapp die Hälfte der EinwandererInnen weiblich. In Deutschland sind die meisten Migrantinnen nicht autonom sondern begleitend oder nachfolgend migriert. Je nach ihrem Bildungsniveau, ihrer Kinderzahl, ihrer sozialen Stellung im Zuwanderungsland, ihrem Alter und den Umständen der Migration, befinden Migrantinnen sich in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen.

Nach einer Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung sind die meisten Migrantinnen mit Kindern neben Familie und Hausarbeit als ungelernte Arbeiterinnen beschäftigt. Bei noch klassischer Rollenverteilung in der Familie sind diese Frauen einer Mehrbelastung ausgesetzt. Sie haben es als ausländische Frauen oft schwerer auf dem Wohnungs-, Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Die Lebensbedingungen im Gastland können durch den Wegfall des heimatischen sozialen Netzwerkes zur Vereinsamung führen. Daher durchleben viele Migrantinnen

nach ihrem Zuzug depressive Episoden („Heimwehdepression“). Die meisten Arztbesuche von Migrantinnen finden im Kontext von Schwangerschaft und Geburt statt, wobei sie auch hier im Vergleich zu Einheimischen eher selten untersucht werden und insgesamt erhöhte Säuglingssterblichkeitsraten aufweisen. ÄrztInnen können das psychische Leid einer sich vorstellenden Migrantin aufgrund der ihnen fremden Mitteilungsweisen manchmal nicht rechtzeitig erkennen. Gerade in Bereichen, die mit Scham und Intimität besetzt sind, ist eine vertrauensvolle Behandlung durch Frauen sinnvoll.

Traditionelles Krankheitsverständnis

In Abhängigkeit von der kulturellen Herkunft äußern Menschen psychische Erkrankungen unterschiedlich. In der westlichen Sicht ist die Diagnostik organbezogen. MigrantInnen schildern ihre Symptomatik häufig als "Ganzkörperschmerz" und psychische Zusammenhänge in Form somatischer Sensationen. Im östlichen Krankheitsverständnis kommt die Erkrankung von außen und erfasst den Körper ganzheitlich. Erklärungs- und Handlungsmuster sind oft übernatürlich orientiert. Der/Die Erkrankte spricht vom „bösen Blick“, der ihn/sie getroffen habe, oder von einer Verwünschung oder einem „Besessen sein von einem Cin“ (=Geist), dessen Bann nur mit einem versierten Geistlichen (z.B. dem muslimischen „Hoca“) gelöst werden könne. Hocas werden besonders dann in Anspruch genommen, wenn sich mit naturwissenschaftlichen, technischen Behandlungsmethoden keine Erfolge zeigen, wie dies gerade bei chronischen Krankheiten der Fall ist. Besonders MigrantInnen mit niedrigem Bildungsstand und geringer Urbanisierung haben diese abergläubischen Vorstellungen.

Grundlagen der Transkulturellen Psychiatrie

Bereits PsychiaterInnen wie E. Kraepelin haben vor mehr als 100 Jahren die Symptomatologie der mitteleuropäischen psychischen Erkrankungen mit den psychiatrischen Auffälligkeiten in exotischen Ländern verglichen. Die Annahme, dass westliche diagnostische Kategorien kulturunabhängige Variablen seien, konnte somit belegt werden. Man wollte Unterschiede beim Vergleich der psychiatrischen Erkrankungen in verschiedenen Kulturen identifizieren. Auch wenn diese vergleichende Psychiatrie initial vom kolonialen Denken geprägt war, entwickelten sich im Laufe der Jahre unter dem Einfluss der Sozialanthropologie besonders in den USA und in England neue psychiatrische Ansätze, die unter dem Begriff „Transkulturelle Psychiatrie“ zusammengefasst werden.

Auch in Deutschland ist in den letzten Jahren eine Bewegung transkultureller PsychiaterInnen entstanden. Diese Interessensgruppe befasst sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie,

den Unterschieden in der Phänomenologie, Inzidenz und Prävalenz von Erkrankungen unter Einbeziehung soziokultureller Faktoren. 1999 wurde die transkulturelle Psychiatrie erstmals in medizinischen Lehrbüchern erwähnt.

Psychische Erkrankungen von MigrantInnen sind im Aufeinandertreffen von mindestens 2 verschiedenen Kulturen entstanden, dieser Umstand muss in den Therapiestunden durch eine empathische, reflektierte, und annehmende Haltung des/der Therapeuten/-in berücksichtigt werden. Eine affekt- und kulturneutrale Sichtweise bei scheinbarer Objektivität hilft im Behandlungsprozess nicht weiter. Ziel ist es den bisherigen Ethnozentrismus, der die eigene Kultur als überlegen wertet, zu relativieren. Damit integrierende Versorgung erfolgen kann, ist eine transkulturelle Öffnung und Sensibilisierung notwendig. Therapie mit MigrantInnen erweist sich ohne die Berücksichtigung kultureller Elemente als wenig erfolgversprechend.

Abschließende Bemerkung

Die Zuwanderung nach Deutschland entwickelte sich lange Zeit ohne Konzept und Steuerung. Die besonderen Probleme aber auch die Stärken von EinwandererInnen wurden nicht gesehen. MigrantInnen sollten aber in Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen und entsprechend gefördert werden (Partizipation und Qualifikation). In einem ersten Bericht über Gesundheit von ZuwandererInnen in NRW ist deutlich geworden, dass es in vielen Bereichen erhebliche Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie bei der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen durch MigrantInnen gibt. Unterschiede zeigen sich bei Schwangerschaft, Zahngesundheit, Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen, bei Unfällen, Berufskrankheiten und bei der psychischen Gesundheit.

Es gibt Zugangsbarrieren durch unzureichende sprachliche und kulturelle Verständigungsmöglichkeiten, nicht zuletzt durch Unkenntnis der MigrantInnen über die Leistungen des Versorgungssystems (z.B. Mutter-Kind-Kuren). Der Anteil an MigrantInnen im Gesundheitssystem ist teils deutlich unter dem Ausländeranteil in der Bevölkerung. In der Versorgung müssen migrationsspezifische Einflussfaktoren wie Bildungsgrad, Aufenthaltsstatus, Akkulturation und Integration im Aufnahmeland, Sprachkompetenz, Einwanderungsmodus, Herkunftsregion, Religion, Einkommen, Wohnverhältnisse und Familienrückhalt berücksichtigt werden. Es sollten Qualitätskriterien und Leitlinien eingeführt werden. Mit dem Respekt vor anderen Auffassungen sollten eigene kulturelle, soziale und fachliche Annahmen reflektiert werden.

Es bedarf multikultureller Teams für die Behandlung. Auch Selbsthilfegruppen und MigrantInnenorganisationen sollten an der Ausgestaltung der versorgenden Institutionen beteiligt wer-

den. Bei ungenügenden Deutschkenntnissen ist die Notwendigkeit einer muttersprachlichen Aufklärung für den Erfolg einer Behandlung enorm wichtig. Gesundheitsdienstleister, staatliche Behörden und auch die Industrie sind hier gefragt, eine muttersprachliche Aufklärung zu gewährleisten.

Von großer Bedeutung ist die Qualifikation von Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen. Die Ausbildung von Medizinstudenten, die Schulung des Pflegepersonals und die Weiterbildung von Ärzten müssen kultursensible Aspekte der Versorgung von PatientInnen ausländischer Herkunft beinhalten. Bisher mangelt es an systematischen Untersuchungen mit Kombination von medizinischen und sozialwissenschaftlichen Ansätzen. Die Qualitätssicherung von speziellen Versorgungsangeboten für MigrantInnen sollte vor allem auf wissenschaftlich gesicherten, epidemiologischen Ergebnissen beruhen, um Morbidität, Mortalität und Auswirkungen der Versorgungsangebote analysieren und verbessern zu können.

Literatur

- Hans-Jörg Assion (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit.
- Theda Borde/Matthias David (Hrsg.): Migration und psychische Gesundheit.
- E. D. Cindik: Besondere Gegebenheiten in der medizinischen Versorgung von Migrantinnen. *psychoneuro* 2007; 33: S. 174-176.
- E. D. Cindik: Besonderheiten in der medizinischen Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund. *Bayerisches Ärzteblatt*, Ausgabe Mai (5) 2008, S. 336.
- Eckhardt Koch/Renate Schepker/Suna Taneli (Hrsg.): *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. Labertus Verlag, 1. Auflage 09.2000, ISBN 978-3-7841-1283-1.
- W. Machleidt: *Migration, Kultur und seelische Gesundheit*.
- Ramazan Salman/Thomas Hegemann (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie, Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. 2. Auflage, Bonn 2001, ISBN 978-3-88414-252-3.
- Rita Süßmuth: *Migration und Integration: Testfall für unsere Gesellschaft*, ISBN 978-3-423-24583-8.

Dr. Elif Duygu Cindik ist Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie und Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet als Referentin zu den Themen Integration, Migration und Behandlung von PatientInnen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem.

Jan Ilhan Kizilhan

Subjektive Krankheitswahrnehmung bei MigrantInnen aus familienorientierten Gesellschaften

Im vorliegenden Beitrag wird dargestellt, wie sich kulturell bedingte Unterschiede in den subjektiven Krankheitskonzepten bei MigrantInnen aus familienorientierten Gesellschaften niederschlagen. Solche Unterschiede bestehen vor allem in der Religiosität und in der Krankheitswahrnehmung und -bewältigung. Kulturelle Unterschiede haben einen erheblichen Einfluss auf die Krankheitswahrnehmung und -bewältigung wie auch Krankheitswahrnehmung. Im Folgenden werde ich mich insbesondere auf MigrantInnen aus der Türkei beziehen, da sie die größte MigrantInnengruppe in Deutschland ausmachen.

Einleitung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten Ende 2006 rund 1.75 Millionen Menschen aus der Türkei in Deutschland. Addiert man zu dieser Zahl die der Flüchtlinge aus der Türkei und die der deutschen StaatsbürgerInnen türkischer Herkunft, kann man von etwa 2,7 Millionen EinwohnerInnen mit türkischem Migrationshintergrund ausgehen. Dies entspricht einem Anteil von ca. 2,5% an der Gesamtbevölkerung. In den 60er Jahren immigrierten vor allem Menschen aus ländlich-islamischen Gegenden der Türkei aus wirtschaftlichen Gründen nach Deutschland und brachten ihre Werte und Normen und damit ihre subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit mit. Dies fand jedoch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bisher keine ausreichende Berücksichtigung (Franz et al., 2007), obwohl bekannt ist, dass zwischen den Gesundheitsbegriffen verschiedener Kulturen deutliche Unterschiede bestehen (Barnes et al., 2004; Schaefer, 1992).

Für die Begriffe Gesundheit und Krankheit gelten Kulturstandards in besonderem Maße, was auch bedeutet, dass jede Krankheitsäußerung in gewissem Sinne kulturspezifisch ist (Thomas et al., 2003). Der Zusammenhang von religiösen und magischen Vorstellungen (z.B. die Existenz von Geistern, Djinnen, Symbolen, Ritualen) auf der einen und Krankheit auf der anderen Seite spielt noch heute für viele MigrantInnen eine wichtige Rolle (Heine et al., 2005). Levental und Mitarbeiter (1980) gehen allerdings davon aus, dass es einen allgemeinen Prozess gibt, der zu Entstehung, Veränderung und zu gesundheitlichen Auswirkungen subjektiver Krankheitskonzepte führt. Diesem Modell zufolge existieren kognitive und emotionale Krank-

heitspräsentationen, die für die Compliance, den Krankheitsverlauf und die Wirksamkeit der Behandlung von Bedeutung sind.

Bisherige Studien zu subjektiven Krankheitskonzepten türkischstämmiger PatientInnen basieren auf qualitativen Analysen mit wenig strukturierter Befragung und liefern einige Hinweise auf eine kulturspezifische Krankheitswahrnehmung und -bewältigung türkischstämmiger PatientInnen (David, et al., 2002, Haasen, et al., 2006). Erwähnenswert ist die Pilotstudie von Franz et al. (2007), die deutliche Unterschiede der beiden PatientInnengruppen in ihren subjektiven Krankheitskonzepten nachweist: Türkischstämmige PatientInnen haben pessimistischere Krankheitsvorstellungen und schreiben Krankheitsursachen in höherem Maße äußeren Umständen zu als Deutsche.

Magische Vorstellungen in traditionellen patriarchalischen Kulturen

Der Zusammenhang zwischen magischen Vorstellungen z.B. der Existenz von Geistern, Djin-nen, Symbolen, Ritualen und Krankheit spielte z.B. in den Balkanländern und im Mittleren Osten schon immer eine wichtige Rolle. Noch heute kann man in traditionellen Teilen der nahöstlichen Gesellschaften, aber auch in großen Städten die Affinität zur traditionellen Medizin finden. Verschiedene traditionelle Heiler sind sowohl im Herkunftsland als auch im Residenzland aktiv. Bekannt sind z.B. Knochenheiler, religiöse Heiler, die als Magier oder Zauberer tätig sind, die arabischen ÄrztInnen, die in der Tradition der „Vier-Säfte-Lehre“ stehen, Pflanzenheiler und die heilkundigen Frauen, die besonders bei gynäkologischen und geburts-hilfflichen Problemen zu Rate gezogen werden (Heine et al., 2005). So werden z.B. die Knochenheiler zur Behandlung von Verspannungen, Zerrungen, vermeintlichen oder tatsächlichen Knochenbrüchen aufgesucht. Diese religiösen Heiler sind in der Regel Korankundige.

Auch nicht-islamische, traditionelle Heiler sind in den vielen Ländern des Orients zu finden. Im türkischen Kulturraum werden sie auch „Hodschas“ genannt. Religiöse Heiler werden als befähigt angesehen, magische Einflüsse, wie den „bösen Blick“, böse Geister oder schwarze Magie als Ursache für eine Erkrankung erkennen zu können. Traditionelle Heiler werden aufgrund eines breiten Spektrums unterschiedlicher Probleme aufgesucht, die von psychischen, neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen, wie z.B. Depression, Epilepsie oder chronischen Beschwerden bis hin zu familiären, ökonomischen oder beruflichen Schwierigkeiten reichen (Heine et al., 2005).

Vor allem in der Türkei sind seit Jahrhunderten die Begriffe weiße und schwarze Magie bekannt, die in der Alltagssprache immer wieder verwendet werden. Durch die weiße Magie wird

mittels magischer Handlungen Schutz vor den Einflüssen böser Geister oder Mächte gesucht. Sie wird eingesetzt, um die Familienbeziehungen oder Ehe vor Unheil zu bewahren. Es werden Amulette im Haus des Opfers angebracht, magische Knoten geknüpft, magische Texte aufgeschrieben und gelesen, bestimmte Dinge der Nahrung zugefügt oder auch Erde aus Gräbern den Leuten vor die Tür gelegt. Es wird vermutet, dass dadurch ein böser Zauber entsteht. Schwarze Magie gilt als Erklärungsmodell für z.B. Missernten, Beziehungskonflikte, Unfälle und verschiedene Erkrankungen; auch psychische und neurologische Krankheiten werden darauf zurückgeführt. Die Existenz von Geistern mit unterschiedlichen Funktionen ist ebenfalls in den Vorstellungen dieser Gesellschaften integriert. Die Existenz von guten und bösen Geistern als ein Erklärungsmodell für psychische Störungen wird schon von dem islamischen Propheten Muhammed angenommen (Gün, 2003).

Auf der Grundlage der traditionellen Medizin haben Menschen aus familienorientierten Gesellschaften bestimmte Beschwerden ganz spezifischen Organen zugeordnet:

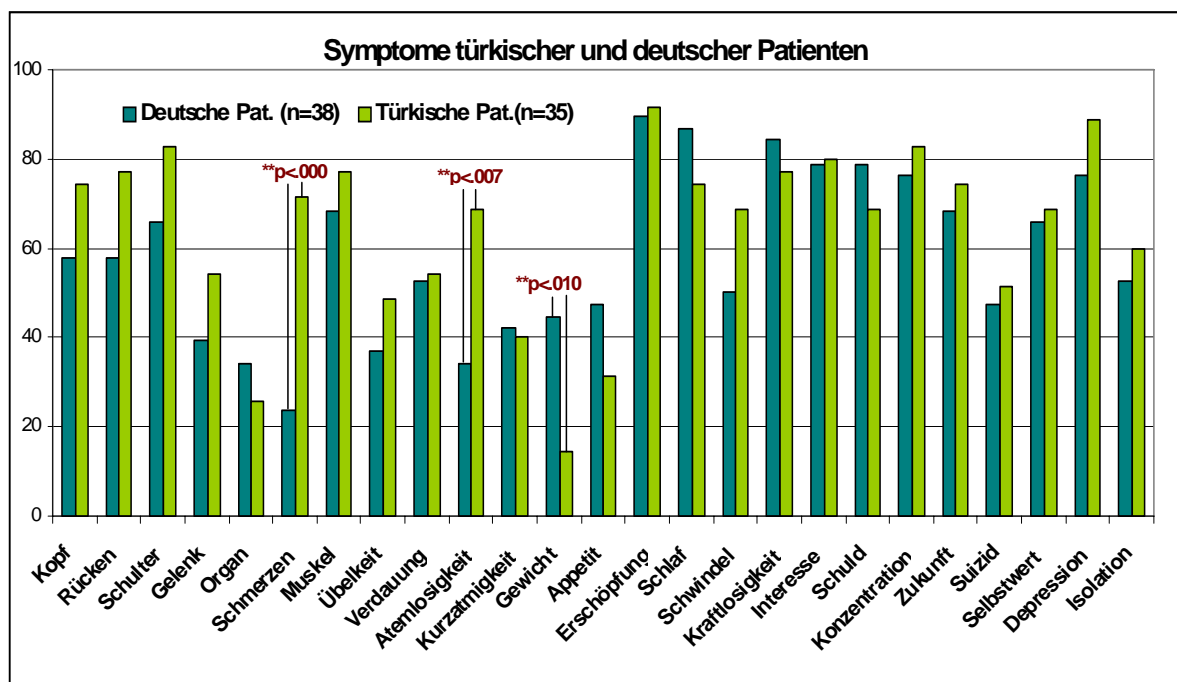
	Ätiologie	Beschwerdebild	Therapie	Assoziationen
Nabelfall	Schwer heben, in die Höhe springen, schwere Arbeit, schweres Leben, Stress	Bauch- und Magenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit	Bauch- und Rückenmassage, heiße Teller, Ziehen des Nabels an den richtigen Ort, anschließend Ruhe	Schweres Leben, Verlust der Mitte
brennende Leber	Traurigkeit, Sorgen, schweres Leid	Leberschmerzen, Oberbauchschmerzen	Rezitationen aus dem Koran, Einnahme von Kräutern und Säften	Kummer, Trauer, Sehnsucht, Verlust oder Liebeskummer
Rückenschmerzen	familiäre Konflikte, Sorgen, Rollenproblematik, schwere Arbeit	Stechenden und ziehenden Rückenschmerzen, kaum in der Lage, sich zu bewegen oder etwas zu heben und zu tragen.	Massagen, wenig Bewegung und Ruhe	Halt, Sitz von Stärke und Ausdauer bei Männern, geschwächte „männliche Identität“ (Libidoverlust)
Wanderschmerzen „Windschmerzen“	Kummer, Sorgen, Konflikte, Sehnsucht	Müdigkeit, Schwäche, Antriebslosigkeit, jeden Tag befinden sich die Schmerzen an einer anderen Stelle des Körpers	Massage, Ruhe, keine Belastung	Wenig Akzeptanz in der Familie oder Gemeinde, schweres Leben
Beklemmungsgefühl	Kummer, Sorgen, Schuldgefühle, Sehnsucht, Ärger	Kopf- und Halsschmerzen, Engegefühl, Globus- und Erstickengefühl, Kurzatmigkeit	Hodcha, Arzt, Benutzung von „Schutzamuletten“	Ängste, Unsicherheit

Kulturspezifische Syndrome (erweitert nach Petersen, 1995)

Somatoforme Störungen

Ein Kernproblem der medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen liegt u.a. in der Somatisierung psychisch und sozial bedingter Leiden in dem bio-medizinisch ausgerichteten Teilsystem der medizinischen Kultur unserer Gesellschaft. Somatoforme Störungen (F 45) umfassen körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung und eine übermäßige Besorgnis wegen der körperlichen Erkrankung, die häufig einhergeht mit Depression und Angst sowie häufigen Arztbesuchen und negativen Untersuchungsergebnissen (Koch, 2003; Glier et al. 2007). In der stationären Rehabilitationsbehandlung von MigrantInnen wird die Somatisierungsstörung als eine der häufigsten Diagnosen gestellt (Kizilhan, 2006; Glier et al. 2007).

Schmeling-Kludas (2005) untersuchte einen Jahrgang von PatientInnen mit Migrationshintergrund in einer psychosomatischen Klinik (N=184), 53% davon Frauen. Als häufigste Erstdiagnose für das Jahr 2005 wurde das Krankheitsbild der somatoformen Störung (62%) festgestellt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Koch (2003) und Kizilhan (2006). In der Untersuchung von Kizilhan (2008) zeigte sich, dass türkischstämmige PatientInnen im Vergleich zu deutschen häufiger über Schmerzen klagen. Besonders auffällig war dieser Unterschied bei den allgemeinen Schmerzen (s. Abbildung). Lediglich knapp 20% der deutschen, aber über 70% der türkischstämmigen PatientInnen berichten davon.



Allgemeine Schmerzen türkischer und deutscher Patienten (in %). Mehrfachnennungen möglich. Signifikante Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patienten sind eingezeichnet. Berechnet wurde für jedes Symptom ein Vierfelder Chi²-Test mit Kontinuitätskorrektur nach Yates (Kizilhan, 2008).

Die Betroffenen sprechen über alle Beschwerden so, als seien sie körperlich, d. h. sie scheinen einer archaischen Vorstellung von Krankheit verhaftet zu sein. Das subjektive Leiden kann symbolisch mit Müdigkeit, Weinen, Laufen mit Gehhilfen etc. ausgedrückt werden; die PatientInnen zeigen sich als gebrochene, schwache Menschen. In der Regel halten sie diese regressive und appellative Haltung konsequent durch, so dass sie auch in ihrem häuslichen Umfeld nicht mehr aktiv werden.

Geschlechtsspezifisch betrachtet klagen männliche Migranten häufig über Rückenbeschwerden, Frauen leiden vermehrt unter Kopf- und Unterleibsschmerzen. Häufig bei beiden Geschlechtern sind Beschwerden aus dem rheumatisch-arthritischen Formenkreis sowie dem Magen-Darm-Bereich. Unsere Erfahrungen mit traumatisierten Flüchtlingen, vor allem mit Folteropfern aus dem Mittleren Osten, zeigen ein deutlich gehäuftes Auftreten von Magenbeschwerden. Es scheint, als reagierten einige ethnische Gruppen bei erheblichen Stressoren eher mit Magenbeschwerden als z.B. mit Kopfschmerzen (Borchert et al. 1998). Ebenso treten im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden Ohnmachtsanfälle, Lähmungen, Blockaden, hypochondrische Symptome und histrionische Verhaltensweisen auf (Koch, 2003; Schmeling-Kludas 2005). Diese starke Fixierung auf körperliche Beschwerden, deren Ursache oft schwer zu eruieren ist, führt häufig zu Problemen bei der Diagnosestellung und in der Therapie (Brani et al. 2000; Koch, 2003; Glier et al. 2007).

Interkulturelle Diagnostik

Seit Jahren wird die Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheitskonzepte bei der Diagnostik gefordert (Glier et al., 2007, Haasen et al. 2005, De Jong, 2001, Oestereich, 2001, Ebener, 2001). Psychometrische Tests sind auf ihre kulturspezifische klinische Validität, die konzeptuelle und linguistische Vergleichbarkeit psychischer Probleme und im Allgemeinen unter Berücksichtigung des fremden Umgangs mit der Testsituation und der häufig geringe Schulbildung zu prüfen (De Jong, 2001). Die BehandlerInnen in den psychosomatischen Kliniken berichten, daß die Tests insbesondere bei MigrantInnen aus ländlichen Gegenden und geringer Schulbildung ungewohnt sind und hinsichtlich der Diagnosestellung keine ausreichende Aussage gemacht werden können (Koch, 2003, Kizilhan, 2007).

Das Thema der interkulturellen Diagnostik ist eine große Herausforderung, in der noch ein starker Forschungsbedarf vorhanden ist. So fordert z.B. Joop De Jong (2001) neben der Überprüfung von kulturellen Normen und Werten im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit, sowohl ICD 10 als auch DSM IV durch eine Kategorie von „atypischen“ oder kultur-

spezifischen Verhaltensmustern zu erweitern. In diesem Zusammenhang sollten dann auch spezifische psychometrische Verfahren entwickelt und validiert werden.

Behandlungskonzepte

Bei genauer Betrachtung der Therapiekonzepte z.B. für türkische PatientInnen an psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland, zeigt sich, dass der Schwerpunkt auf die Verständigung, d.h. muttersprachliche Behandlung gelegt wird (Koch, 2003, Schmeling-Kludas, 2005). In einem weiteren Schritt geht es um die Berücksichtigung von kulturellen Aspekten (siehe Abschnitt 2). Die Grundprinzipien einer Psychotherapie, Motivation und offene Grundhaltung, Informationen zur Verhaltens- und Bedingungsanalyse sowie der Definition von Zielen unterscheiden sich nicht von denen der deutschen PatientInnen.

Auf Grundlage der bisherigen Studien zu diesem Thema kann davon ausgegangen werden, dass zu Beginn der Behandlung eine kultursensitive Hinführung notwendig ist (Kizilhan, 2008). Auch bei den türkischen PatientInnen geht es um mögliche Aufarbeitung intrapsychische und intrafamiliäre Konflikte (Oestereich, 2001). Neben den Gemeinsamkeiten gibt es jedoch spezifische Fragestellungen. Diese ergeben sich auf der einen Seite aus der Erfahrung der Migration, die oftmals einen radikalen Umbruch der individuellen und Familienbiographie darstellt, auf der anderen Seite aus der Komplexität der Lebenswelt türkischer MigrantInnen (Ebener, 2001, Moro et al., 2006). Daher scheint in der Behandlung türkischer MigrantInnen u.a. die Migrationsgeschichte, ethnische und religiöse Lebenswelten, Familienstruktur, Generationskonflikte, soziales Umfeld, mögliche Kulturkonflikte zwischen der Herkunfts- und Residenzkultur und Vorstellung von psychischen und körperlichen Beschwerden besonders wichtig zu sein.

Notwendigkeit einer Behandlungsmodifikation für Menschen aus anderen Kulturen

Weil PatientInnen aus familienorientierten Gesellschaften sehr oft über ein auf die somatischen Einflussgrößen reduziertes Schmerzmodell und ein anderes Anatomieverständnis verfügen, muss das Behandlungssetting für sie etwas modifiziert werden (so werden z.B. ihre Kausal- und Kontrollattributionen zum Teil durch einfache biomedizinische Annahmen und magische Vorstellungen bestimmt). Folglich ist die Entwicklung eines dem Bildungsniveau und den kulturellen Vorstellungen der PatientInnen entsprechenden Behandlungs- und Erklärungsmodells gemeinsam mit den PatientInnen notwendig. Somit ist die Psychoedukation ein notwendiger Bestandteil der Therapie, die geeignet sein soll, die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu stärken. Dieses kann u.a. den Einsatz von Medien wie Selbsthilfebroschüren

und Videos in der Muttersprache der PatientInnen umfassen. Ein wesentliches Ziel der Edukation besteht darin, den PatientInnen die Verschränkung von körperlichen und psychischen Prozessen zu verdeutlichen.

Für PatientInnen aus familienorientierten Gesellschaften ist die gemeinsame Entwicklung eines Erklärungsmodells ungewohnt; sie erwarten vielmehr, dass der/die TherapeutIn nach der ersten Untersuchungsstunde ein vollständiges Erklärungsmodell liefert (Kirmayer et al. 1998; Herzer, 2000), weil das früher bei den traditionellen Heilern so der Brauch war. Daher ist es hilfreich, den PatientInnen bereits nach der Diagnostik über die für sie/ihn ungewohnte Behandlungsstrategie und ihren Sinn zu informieren (Strate et al. 2000).

Mit den Inhalten der Edukation kann die Wirkungsweise eines Entspannungstrainings verdeutlicht werden. Entspannung kann als eine Selbstkontrollmethode zur Verhinderung von neuen Schmerzepisoden oder zur Reduzierung eines hohen tonischen Schmerzniveaus verstanden werden. Hypnoseinduktionen, Tanz und Meditation sind bekannt und können effektiv eingesetzt werden. Religiös-traditionelle Frauen der ersten Migrationsgeneration bevorzugen eher einen Tanz aus ihrer Kultur als Sport, als z.B. ein Lauftraining (Kizilhan, 2006).

Insgesamt scheint bei einer großen Zahl von PatientInnen aus traditionellen Gesellschaften das Aktivitätsspektrum erheblich eingeschränkt zu sein, so dass ihr Leben nur noch um den Schmerz kreist, der zum Zentrum ihres Denkens und Verhaltens geworden ist. Ihre Annahme, dass der Körper bei Schmerzen ruhen müsse, führt zu einer passiven Schonhaltung. Die Ausweitung des Handlungsspielraumes ist daher eine große Herausforderung, die zur Aufhebung der behavioralen (geringe Bewegung), emotionalen (Verringerung der Depressivität und Hilflosigkeit) und kognitiven (Einengung auf Schmerzen) Einschränkungen der PatientInnen notwendig ist. Der Abbau von Vermeidungsverhalten hat bei der Behandlung somit hohe Priorität.

Von großer Bedeutung ist die Abklärung einer etwaigen funktionalen Rolle, die der psychischen Erkrankung zukommt. Diese kann in einer "Belohnung" von z.B. Schmerzverhalten durch die so erlangte Aufmerksamkeit der Familie bestehen oder in einer negativen Verstärkung, wenn der Schmerz die Vermeidung aversiver Situationen ermöglicht (Krankschreibung bei Konflikten am Arbeitsplatz). Die Rolle der Familie, im Sinne einer kollektiven Lebensform, ist bei dieser Klientel, vor allem der ersten Generation, zentral und muss bei der Entwicklung eines Behandlungsplans unbedingt berücksichtigt werden.

Zusammenfassung

In einer Gesellschaft mit verschiedenen Kulturen existieren immer auch daran gekoppelte unterschiedliche kulturelle Krankheits- und Gesundheitskonzepte. Migrationsprozesse bewirken in der Regel einen dauerhaften und sich dynamisch entwickelnden Wechselwirkungsprozess dieser Krankheits- und Gesundheitskonzepte. Durch den Einbezug sprachlicher, kultureller und migrationsspezifischer Aspekte in die bestehende Gesundheitsversorgung von PatientInnen ist eine grundlegende Verbesserung der Versorgung erreichbar.

Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen sowohl BehandlerInnen als auch die Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse, um diese Gruppe frühzeitig und adäquat behandeln zu können und so z.B. eine Chronifizierung der Krankheit zu vermeiden. In der medizinischen Behandlung von MigrantInnen bestehen wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung Defizite im Wissensstand aber auch in den Behandlungskonzepten. Sprachliche Barrieren, die Unkenntnis vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme, der Umgang mit verschiedenen Krankheiten (z.B. psychische Erkrankungen und Sucht) und deren Tabuisierung erschweren die Versorgung.

Ein erster Schritt wäre die Öffnung der Regeldienste und nicht unbedingt die Schaffung migrantenspezifischer Einrichtungen. Dafür müssen Maßnahmen eingesetzt werden, um das Personal in der Regelversorgung für die transkulturelle Arbeit zu befähigen. Neben der Förderung der Bildung von multikulturellen Behandlungsteams ist vor allem eine Sensibilisierung aller MitarbeiterInnen für eine transkulturelle, kultursensitive Perspektive und die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Erwerb transkultureller Kompetenz notwendig.

Literatur zum Thema

- Borchert, M., Sommerfeld, J., Bischoff, R. (1998): Somatoforme Störungen – Interkulturelle Aspekte von Forschung und Gesundheitsversorgung. In: Rudolf, G., Henningsen, P. (Hg.), S.249-264. Stuttgart: Schattauer.
- Branik, E., Mulhaxha, A. (2000): Zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Hochschwarzwald-Klinik St. Blasien. In: Heise, T. (Hrsg.), Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland (S. 185-199). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB).
- Clade, H. (1996). Gesundheitsstrukturreform/Sparpaket: Neuer Seehofer-Hammer. Deutsches Ärzteblatt, 93(40): A-2519 / B-2151 / C-1905.

- De Jong, J. (2001). Klassifizieren oder nuancieren? Psychodiagnostik mit Hilfe von DSM oder ICD. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 130-151). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2006). Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. DRV-Schriften Band 68. Sonderausgabe der DRV. Berlin: DRV.
- Ebener, G. (2001). Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 232-254). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Franz, M., Ljic, C., Koch, E., Wüsten, B., Yürük, N. & Gallhofer, B. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 34, 332-338. Stuttgart: Thieme.
- Gilson, L., Alilio, M., Heggenhougen, K. (1994). Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro Region of Tanzania. In: *Social Science Medicine*, 39 (6): 767-780. London: Elsevier.
- Glier, B., Erim, Y. (2007). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger, P. Nilges (Hrsg.). *Schmerzpsychotherapie* (S. 231-243). Heidelberg: Springer.
- Gün, A.K. (2003): *Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration*. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.), *Gesunde Integration* (S. 36-42). Berlin: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin.
- Haasen, C., Kleinmeier, E., Yadirgan, O. (2005). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S.145-153). Heidelberg: Springer.
- Hackhausen, W. (2002). Arbeitsmigration und soziale Absicherung in Deutschland. In: C. Dettmers, N.-J. Albrecht & C. Weiller (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (S. 221-239). Bad Honnef: DRV Verlag.
- Hegemann, T. (2000) Das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München. In: Th. Heise (Hrsg.) *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. Berlin: VWB-Verlag.
- Heine, P., Assion, H.J. (2005). Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 29-42.). Heidelberg: Springer.

- Herzer, H. (2000). Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. In Zeitschrift: Schweizerische Ärztezeitung, 8 1/47, p2668-2672.
- Keel, P. (2001). Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role? In: Yilmaz, A. T.; Weiss, M. G.; Riecher-Rössler, A. (Hg.): Cultural Psychiatry (S. 117-125). Euro International Perspectives. Bibl. Psychiatr. Nr 169 Basel: Karger.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. Psychosomatic Medicine, 60, 420-430.
- Kizilhan, J. (2007). Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In: T. Borde & M. David (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit, psychische Belastungen und Potenziale (S. 53-68), Frankfurt: Mabuse Verlag.
- Kizilhan, J. (2007a). Spezifisches Behandlungskonzept in der Psychosomatik für Migranten. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (S. 200-206). Berlin.
- Kizilhan, J. (2008). Stimmenhören. Transkultureller-psychiatrischer Hintergrund. In: Der Kern. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Kerbe 04/2008 (S.23-25), Berlin: Psychiatrie-Verlag.
- Kizilhan, J. (2008). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. In: Verhaltensmedizin & Verhaltenstherapie 2008, 29 (4), 352-366. Lengerich: Papst Science Publisher.
- Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkley-Los Angeles: University of California Press.
- Koch, E. (2000). Zur aktuellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Minoritäten in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage. In: E. Koch, R. Schepker & S. Tanel (Hrsg.), Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven (S. 55-67). Freiburg: Lambertus.
- Koch, E. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration (S. 43.53). Berlin: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin.
- Künzler, E. (2005): Ethnopschoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken Arbeitsmigrantinnen und –migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo. Dissertation an der Universität Zürich. Zürich: Studentendruckerei Zürich.

- Mika, T. (2006). Potenziale der Migrationsforschung mit dem Rentenbestand und dem Rentenzugang. In: DRV-Schriften Band 55/2006. Deutsche Rentenversicherung Bund, FDZ-RV, Berlin.
- Moro, R.S. & Sturm, G. (2006). Die Differenzierung der therapeutischen Räume in der Therapie von Migranten. In: W. Macheleidt, R. Salman & I. Calliess (Hrsg.), Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie (S. 141-149). Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Oestereich, C. (2001). Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. In: T. Hege-
mann & R. Salman (Hrsg.), Transkulturelle Psychiatrie (S. 152-165). Bonn: Psychiatrie
Verlag. Bonn.
- Petersen, A. (1995). Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken
zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. *Curare*, 18(2), 531-540.
- Schmeling-Kludas, Ch.(2005): Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In:
Migration und seelische Gesundheit. Assion, J., 2005 (Hrsg.) (S. 187-193). Heidelberg:
Springer.
- Schneider, W., Henningsen, P. & Rüger, U. (2001). Sozialmedizinische Begutachtung
in Psychosomatik und Psychotherapie. Bern: Huber.
- Strate, P. & Koch, E. (2000). Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von
aus der Türkei stammenden Schmerzpatienten. In E. Koch, R. Schepker & S. Taneli
(Hrsg.), Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Freiburg: Lambertus.
- Zimmermann, E. (2000). Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische
Patienten besser versorgen. Bern: Huber.

Dr. Jan Ilhan Kizilhan ist Dipl. Psychologe/psychologischer Psychotherapeut. Er leitet die Arbeitsgruppe Migration und Rehabilitation an der Uni Freiburg und ist Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Konflikt und Friedensforschung an der Uni Konstanz.

III Gesundheitsförderung & Projekte

Eine gleichberechtigte und ganzheitliche Gesundheitsversorgung von MigrantInnen erfordert eine Interkulturelle Öffnung der Institutionen im Gesundheitswesen. Dazu gehören unabdingbar Dolmetscherdienste und die Einstellung von Fachkräften aus anderen Kulturkreisen in allen Ebenen des Gesundheitswesens, die über die sprachliche hinaus auch eine interkulturelle Verständigung ermöglichen.

Darüber hinaus spielen gruppenspezifische Angebote und Projekte gesundheitlicher Prävention und Aufklärung eine wichtige Rolle. Besonders für Kindern und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind solche Angebote, die sie zu einem aktiven und selbstbewussten Umgang mit ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit befähigen, unschätzbar wertvoll für ihre individuelle Lebensgestaltung und gesellschaftliche Partizipation.

- **Ingrid Papies-Winkler** stellt das Projekt "Kiez-Detektive" des Berliner Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg vor, das benachteiligte Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund befähigt, sich aktiv und selbstbewusst an einer gesunderen und gerechteren Gestaltung ihrer unmittelbaren Lebensumwelt zu beteiligen.
- **Rüdiger Schmolke** befasst sich mit den Bedingungen und Strategien zur Stärkung abstinenter Verhaltens und Unterstützung eines individuellen Risikomanagements bei Migrant*innenkindern und Jugendlichen.
- **Sabine Oldag** erörtert die zentrale Bedeutung einer adäquaten sprachlichen und kulturellen Verständigung gerade auch bei Gesundheitsangelegenheiten und die Notwendigkeit von professionellen Dolmetscherdiensten in sozialen Einrichtungen.

Ingrid Papies-Winkler

Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt - Kinder mit Migrationshintergrund als Kiezdetektive unterwegs

Das Leben in der Großstadt lässt Kindern im Alltag oft nur geringen Gestaltungsspielraum. Das zeigt sich besonders in Stadtteilen mit besonderer sozialer Belastung und es trifft vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien – oftmals mit Migrationshintergrund –, die zudem mit gesundheitsfördernden Maßnahmen nur schwer zu erreichen sind.

Mit dem 1997 vom Kinder- und Jugendbüro Marzahn in Berlin entwickelten Projekt „Kiezdetektive“ hat das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg 1999 – als Kooperationsprojekt im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks und der Lokalen Agenda 21 – begonnen, den Beweis anzutreten, dass die Mädchen und Jungen aus sozial benachteiligten Familien und Stadtteilen sehr wohl bereit sind, sich konstruktiv mit der Wohn- und Lebenssituation in ihrem Kiez auseinanderzusetzen und auch in der Lage sind, ihre Interessen erfolgreich gegenüber Politik und Verwaltung zu vertreten.

Beim Vergleich der Bezirke im Berliner Sozialstrukturatlas rangiert Friedrichshain-Kreuzberg auf dem letzten Platz. Nirgendwo sonst in der Hauptstadt gibt es so wenige Grünflächen und so viele Arbeitslose. Beinahe 40 % der Familien mit Kindern – Alleinerziehende eingeschlossen – leben unterhalb der Armutsgrenze. Hiervon sind auch insbesondere Familien mit Migrationshintergrund betroffen. Und auch dies zeigt die Sozialstatistik: Wer arm ist, hat ein doppelt so hohes Krankheitsrisiko und eine um bis zu 10 Jahre geringere Lebenserwartung als BürgerInnen mit höherem Einkommen, wie z. B. im Bezirk Zehlendorf.

Trotz niedrigstem Sozialindex Berlins, verfügt der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg jedoch auch über wertvolle Ressourcen wie eine reiche Projektlandschaft, einer Vielfalt von Kulturen, lebendige nachbarschaftliche Kiezstrukturen, gute Modelle von Stadtplanung und -entwicklung, engagierte BezirkspolitikerInnen und eine lange Tradition der Bürgerbeteiligung.

Hier setzt auch das Projekt zur Kinderbeteiligung „Kiezdetektive“ an. Kinder sollen als ExpertInnen in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse zur nachhaltigen gesunden Stadtentwicklung und -gestaltung eingebunden werden. Sie erkunden als „Kiezdetektive“ ihr Lebens- und Wohnumfeld, ermitteln Probleme, aber auch Schätze, dokumentieren diese in Form einer Ausstellung und präsentieren die Ergebnisse auf einer Kinderversammlung den

verantwortlichen PolitikerInnen, die mit ihren Verwaltungen, freien Trägern und gemeinsam mit den Kindern aufgefordert sind, die Probleme zu bearbeiten. Nach ca. sechs Monaten werden auf einer Folgeversammlung die Umsetzungsergebnisse nachgefragt bzw. präsentiert.

Die Ergebnisse der Kiezerkundungen, werden in bezirkliche Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen. Die Kinderbeteiligung ist als langfristiges Projekt angelegt. Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet vom Wissenschaftszentrum Berlin und Gesundheit Berlin e.V. mit Unterstützung des Bundesministeriums für Forschung.

Ziel des Projektes

Aspekte, die in dem Projekt besonderes Gewicht haben sind: Gesunde-Städte-Netzwerk, Kinderbeteiligung, Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Kindern mit Migrationshintergrund, Empowerment, Partizipation, Förderung von individuellen und sozialen Kompetenzen.

Ziel des Projektes ist es, Kinder zu befähigen, ihre Lebensumwelt selbstständig zu erforschen, sie zu verstehen und zu hinterfragen. Sie sollen lernen, dass es auch auf sie ankommt – dass sie aktiv ihre Umwelt mit gestalten und verändern können (Empowerment, Ressourcenstärkung). Die Kinder werden an die Politik herangeführt und für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert. Sie erfahren dadurch, dass gesunde Wohnbedingungen und ein gesundes Wohnumfeld wichtige Voraussetzungen für das persönliche Wohlbefinden sind. Die Erkenntnis, selbst Einfluss zu nehmen und Veränderungen herbeiführen zu können, stärkt das Selbstbewusstsein der Kinder und ihre Fähigkeit, eigenverantwortlich zu handeln. Das Projekt „Kiezdetektive“ zielt somit auf das Erleben demokratischen Handelns ab und stellt demzufolge einen umfassenden Ansatz zur Gesundheitsförderung dar. Insbesondere in problembelasteten Stadtgebieten – oft mit hohem Migrantenanteil – können durch dieses Projekt Kinder erreicht sowie für gesundheitliche und soziale Belange aktiviert werden.

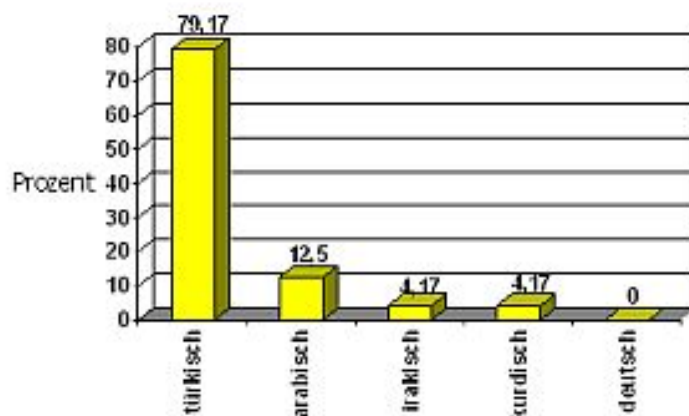
Zielgruppe

Die Zielgruppe des Projektes sind 6- bis 14-jährige Kinder, vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Stadtteilen. Neben den beteiligten Kindergruppen mit ihren jeweiligen LehrerInnen, ErzieherInnen und SozialpädagogInnen sind häufig auch Schulstationen aktiv in die Projektdurchführung eingebunden. Weitere Kooperationspartner sind Gesundheit Berlin e.V., Nachbarschaftseinrichtungen, „Quartiersmanager“ im Rahmen des Programms Soziale Stadt, Gesundheits-, Kinder- und Jugendprojekte freier Träger sowie ehrenamtliche BegleiterInnen.

Als Kiezdetektive unterwegs

Bisher haben sich ca. 700 Kinder aus 7 Kindertagesstätten, 14 Schulen und 2 Freizeiteinrichtungen beteiligt. Sie waren überwiegend in den Quartiersgebieten des Programms Soziale Stadt unterwegs, weil dort der größte Entwicklungsbedarf gesehen wird und die Kinder zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen können. Ca. 80 % der beteiligten Kinder haben einen Migrationshintergrund, bei der Stadtteilbegehung im Mai 2004 mit der Nürtingen-Grundschule lag der Anteil der beteiligten SchülerInnen nichtdeutscher Herkunftssprache bei 100 %.

Herkunftssprachen der Kinder am Beispiel der Nürtingen-Grundschule



Um das Projekt Kiezdetektive erfolgreich durchzuführen müssen, folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Die kontinuierliche Betreuung des Projekts durch eine verantwortliche Projektkoordination. Dazu gehört die Kontaktaufnahme mit den beteiligten Einrichtungen, die Durchführung eines Einführungsworkshops mit den Kindern und den Begleitpersonen, Begleitung der Kiezerkundungen, Vorbereitung der Ausstellung und Kinderversammlung sowie die Ergebniskontrolle, Dokumentation und Evaluation.
- Die Bereitschaft der Politik, Kinder als wichtige PartnerInnen in Partizipationsprozesse einzubinden.
- Eine personelle Kontinuität der PolitikerInnen, um Vertrauen bei den Kindern aufbauen zu können und Verantwortlichkeit zu zeigen.
- Der Wille und die Zuverlässigkeit von Politik und Verwaltung beim Umsetzen von Ergebnissen.

- Eine intensive Öffentlichkeitsarbeit, die die Einbeziehung weiterer Kinder und BewohnerInnen sowie die Diskussion über mögliche Veränderungen befördert.

Kiezerkundungen und Ausstellung

Bei den Kiezerkundungen erforschen die Kinder, ausgerüstet mit Fotoapparaten, Notizheften, Kiezedetektiv-Stirnbändern und -ausweisen ihr unmittelbares Wohnumfeld auf Probleme und Schattenseiten, Dinge, Menschen und Situation, durch die sie sich belästigt, gestört oder gefährdet fühlen, wie z. B. Müll in Form von gebrauchten Spritzen, Autobatterien, Hundehaufen, Zigarettenkippen, aber auch sexistische „Anmache“ und rasende AutofahrerInnen oder Spielplätze in schlechtem Zustand.

Die kritischen Beweisstücke werden fotografiert und in Form eines „Denkzettels“ dokumentiert zur Übergabe an die verantwortlichen PolitikerInnen. Aber auch Schätze werden aufgespürt und dokumentiert, wie z. B. eine Milchbar als Treffpunkt, der freundliche Gemüsehändler, gelungene Wandbilder oder die Apotheke als Informationsquelle.

Die Ergebnisse der Kiezbegehungen werden zeitnah im Unterricht, Projektkursen oder Gruppenarbeit ausgewertet und das Material wird zu einer Ausstellung aufbereitet, die der Öffentlichkeit präsentiert wird.

Kinderversammlung und Folgeversammlung

Die Kinderversammlung stellt als Instrument demokratischer, anwaltschaftlicher Praxis einen Kernpunkt des Projektes dar. Die Kinder haben die Möglichkeit, ihre Interessen und Probleme aktiv einzubringen, mit PolitikerInnen zu diskutieren sowie Ergebnisse und Veränderungen einzufordern. Dieser Prozess soll zur Stärkung der persönlichen Kompetenzen der Kinder, des Empowerments, der Übernahme von Verantwortung und demokratischem Handeln beitragen. An der Kinderversammlung nehmen regelmäßig der Bürgermeister, die DezernentInnen für Gesundheit, Soziales und Beschäftigung, Jugend, Familie und Schule, Stadtentwicklung und Umwelt, Finanzen und Sport, Wirtschaft und Bürgerdienste und die Bezirksverordneten-Vorsteherin als oberste bezirklich politische Repräsentantin teil. Eine ressortübergreifende Kooperation ist somit gewährleistet.

Politik und Verwaltung sind aufgefordert, die dokumentierten Probleme, Vorschläge und Forderungen zu bearbeiten. Nach 6 Monaten kontrollieren die Mädchen und Jungen im Rahmen einer Folgeversammlung, ob die zugesagten Umsetzungen auch tatsächlich realisiert wurden.

Umsetzungsmaßnahmen

Die Erfahrungen der ersten Projektdurchläufe und deren Auswertung machten deutlich, dass eine stärkere Einbindung der Kinder in die Umsetzung von Ergebnissen sinnvoll ist, um die Projektziele,

- den Lebensraum näher kennenzulernen,
- die Lebenswelt aktiv mitzugestalten,
- Verantwortung zu übernehmen,
- demokratisches Handeln zu erleben und zu fördern,

noch nachhaltiger umzusetzen.

So wurden die Kiezdetektive des Durchlaufs aus der Nürtingen-Grundschule in ein anschließendes Planning-for-Real-Verfahren im Rahmen des Programms Soziale Stadt einbezogen. Sie bauten ein Modell ihres Stadtteils, in das die Ergebnisse der Kiezbegehung integriert wurden. Das Modell wird öffentlich ausgestellt und diskutiert. Die BewohnerInnen konnten weitere Vorschläge zu Veränderungen einbringen. Die Kinder wurden an den weiteren Planungen beteiligt.

Ergebnisse

Die Liste ihrer Beanstandungen ist lang: rasende Autofahrer, fehlende Zebrastreifen, rostige Spielgeräte, Hundekot und Taubendreck, Zigarettenkippen im Sandkasten und gebrauchte Spritzen auf der Wiese im Park, ausrangierte Autobatterien und zersplitterte Bierflaschen auf dem Bürgersteig, defekte Straßenlaternen, die allgegenwärtigen Graffitis („beschmierte Wände“), Eltern, die ihre Kinder schlagen.

Auf der Liste der „Schätze“ stehen u. a. ein freundlicher Gemüseladenbesitzer, der Kinderbauernhof im Görlitzer Park, Freunde in der Schule, die Schule insgesamt, die vielen verschiedenen Kulturen, Blumen, Grünanlagen und Eisdielen. Durch den aktiven Einsatz der Kiezdetektive konnten mittlerweile eine Reihe der identifizierten Probleme behoben werden. Hier einige Beispiele:

>>Im Durchlauf 1999/2000 wurden von den Kiezdetektiven der Kita „Schlesische Straße“ (Hort) die Verwahrlosung der Grünfläche sowie die Zäune zwischen den Grundstücken Kita Schlesische Straße, dem Mädchenprojekt „Rabia e.V.“ und der Seniorenfreizeitstätte Falkensteinstraße kritisiert. Die Kinder hatten die Vorstellung, dass man die Fläche zu gemein-

samen Aktivitäten nutzen könne. Darüber hinaus bemängelten sie die fehlende Kommunikation mit den Senioren. Es fanden mehrere Begehungen in der Kita und der Seniorenfreizeitstätte statt, bei denen die Älteren den Jüngeren aus ihrem Leben erzählten und gemeinsame Mahlzeiten einnahmen. Der Bürgermeister veranlasste, dass der bezirkliche Koordinator für das Programm Soziale Stadt und das Quartiersmanagement in Zusammenarbeit mit den Jugendlichen des Mädchenprojekts „Rabia e.V.“, den älteren Menschen der Seniorenfreizeitstätte und den Kindern des Hortes ein Konzept zur Gestaltung der Freifläche entwickelt. Die finanziellen Mittel stellte das Quartiersmanagement zur Verfügung. Inzwischen ist das Gelände zur gemeinsamen Nutzung umgestaltet.

>>Eine Mädchengruppe der Lenau-Schule ist auf dem Schulweg von Jungen des „Velo-Fit-Fahrradladen-Projektes“ immer wieder belästigt worden. Als Reaktion darauf wurden unter der Moderation einer Mitarbeiterin des „Fachteams Kinderschutz“ des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg Gespräche mit beiden Gruppen geführt. Thematisiert wurde nicht nur der aktuelle Konflikt, sondern auch Grundsätzliches zur Kommunikation und zum Verhältnis Mädchen/Jungen. Abschließend wurde die Mädchengruppe von der Fahrradgruppe zum Essen und zur Vorstellung ihrer Arbeit eingeladen.

>>Die Kiezdetektive des Schülerladens „Klein und stark“ bemängelten den Spielplatz der „Kurt-Held-Schule“. Die Abteilung Bildung, Verwaltung und Organisation reagierte, indem sie zunächst mitteilte, dass die Haushaltslage eine Erneuerung nicht zulässt, dafür aber innerhalb einer laufenden Baumaßnahme in der Umgebung der Schule neue Spielfreiflächen entstehen. Inzwischen wurde die Baumaßnahme realisiert.

- >>Ein Fußball-Verbot im Mendelsson-Batholdy-Park wurde aufgehoben, ein neuer Bolzplatz wurde eingerichtet.
- Eine islamische Grundschule, die seit langem auf zugesagte Spielgeräte wartete, bekam die Zusicherung, dass diese direkt nach Aufhebung der Haushaltssperre geliefert werden sollten.
- Die Kinder der Fichtelgebirge-Grundschule fühlten sich bei ihrer Kiezbegehung 2008 von den Drogendealern und Drogenkonsumenten im Görlitzer Park und auf einem Spielplatz belästigt, zu dem gibt es dort viele Betrunkene, die die Kinder ansprechen. Diese Situation stellt für alle AnwohnerInnen und NutzerInnen eine besondere Belastung dar. Der Bürgermeister hat aus diesem Grund die KlassensprecherInnen aus den Schulen zu einem Extra-Gespräch eingeladen, um sich – aus deren Sicht – über die Situation und mögliche Lösungsvorschläge zu informieren. Zusätzlich wurde eine BürgerInnenversammlung abgehalten. Ein gemeinsames Konzept wird zzt. erarbeitet, um

die Drogen-, Kriminalitäts- und Müllprobleme anzugehen. Alle Beteiligten werden unterstützt vom Quartiersmanagement des Programms Soziale Stadt und einem ABM-Projekt „Die Grashüpfer“. Ordnungsamt und Polizei machen verstärkt Kontrollen.

- Die SchülerInnen der Galilei-Grundschule haben ihre Erfahrungen aus dem Projekt Kiezdetektive in ein Zeitungsprojekt mit der „Berliner Zeitung“ eingebracht und vertieft und in einem Sonderdruck veröffentlicht.
- Von den Kindern der Otto-Wels-Grundschule wurden u. a. der Hundekot und der viele Müll in den Grünanlagen bemängelt. Durch hartnäckiges Nachhaken auf der Kinderversammlung wurden vom Ordnungsamt vermehrt Behälter für Tüten installiert. Müll und Schmierereien wurden inzwischen beseitigt. Die SchülerInnen selbst hatten Plakate angefertigt in verschiedenen Sprachen, auf denen sie die Hundebesitzer aufforderten, sich verantwortlich zu verhalten. Hierfür wurden sie vom Kinderkanal als „Helden“ gewürdigt.

Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

Das Projekt Kiezdetektive wird regelmäßig einmal jährlich mit ca. 60 Kindern im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg durchgeführt. Durch die Koordination im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerks sind die Verbindlichkeit und Kontinuität sowie Vernetzung mit anderen bezirklichen Akteuren und Angeboten gewährleistet. Durch die Auswahl der Schulen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf können sozial benachteiligte Kinder mit Migrationshintergrund aktiviert werden.

Die Übertragbarkeit auch auf andere Städte und Regionen ist erwünscht und wird vom BKK-Bundesverband unterstützt. Wichtig ist, dass eine Person verbindlich die Koordination des Projektes übernimmt, sowie interessierte und engagierte PolitikerInnen, die Kinder als wichtige PartnerInnen sehen.

Mit dem Konzept Kiezdetektive ist ein Instrument geschaffen, durch das junge Menschen in schwierigen sozialen Situationen über Partizipationsmöglichkeiten demokratisches Handeln erlernen können, durch das sie in ihren persönlichen Kompetenzen gestärkt werden und mit dem sie, nicht zuletzt, ihr alltägliches Umfeld im Hinblick auf eine gesündere Umwelt verändern können. Und dafür gibt es Bedarf in beinahe jeder deutschen Stadt.

Schwierigkeiten und Hürden

Bei nahezu jeder Begehung wurden als Probleme Verschmutzung, Hundekot und die Drogenszene (Spritzen in Parks und auf Spielplätzen) identifiziert. Gerade für die vermeintlich „geringfügigen“ Probleme (Graffiti und Hundekot) konnten bislang keine dauerhaften Lösungen gefunden werden. Am Kottbusser Tor, einem Brennpunkt der Berliner Drogenszene, gibt es zurzeit heftige Diskussionen zwischen AnwohnerInnen, Betroffenen, ExpertInnen und Politik, um eine langfristige Lösung der Probleme im Interesse aller zu finden.

Dokumentation und Evaluation

Alle Durchläufe der Kiezdetektive werden dokumentiert. Hierbei werden Alter der Kinder, Geschlecht, Herkunftssprache der Eltern sowie alle Ergebnisse der Kiezerkundungen wie Probleme, Schätze und Umsetzungsmaßnahmen erfasst.

Mit dem Wissenschaftszentrum Berlin wurde 2007 eine partizipative Evaluationsmethode für das Projekt entwickelt. Nach der 2. Kinderversammlung werden mit einigen Kindern der beteiligten Klassen moderierte Fokusgruppen durchgeführt mit folgenden Leitfragen:

- Was bedeutet für Dich eine Gesunde Stadt?
- Sind Dir Dinge in Deinem Kiez aufgefallen, die Du vorher nicht gesehen hast?
- Konntest Du zu Veränderungen beitragen?
- Fühlst Du Dich für Deinen Kiez jetzt mehr verantwortlich?
- Hast Du das Gefühl, von den PolitikerInnen ernstgenommen worden zu sein?
- Was hat Dir an den „Kiezdetektiven“ gar nicht gefallen?
- Was hat Dir besonders gut gefallen?

Die – erfreulich positiven – Ergebnisse der Befragungen liegen als Dokumentation vor.

Finanzierung

Das Projekt hat keine Regel- oder Projektfinanzierung. Durch das Engagement aller Beteiligten konnte das Projekt in der Vergangenheit erfolgreich umgesetzt werden. Einzelne Durchläufe wurden unterstützt von verschiedenen Kooperationspartnern wie Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin e.V., Gemeindedolmetschdienst, AWO-Begegnungszentrum, Stadtteilmanagement Mariannenplatz, MUT.

Eine finanzielle Unterstützung erhielt das Projekt vom BKK – Bundesverband, dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des APUG-Programms, dem Beauftragten für Integration und Migration des Berliner Senats, der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege, der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Deutschen Präventionspreises 2007 sowie der Konrad-Adenauer-Stiftung.

Das Projekt erhielt im Juni 2000 den Gesunde-Städte-Preis der Bundesrepublik Deutschland, 2007 den Anerkennungspreis des Deutschen Präventionspreises und den Preis der Konrad-Adenauer-Stiftung „Qualitätsoffensive für Familien in Städten und Gemeinden 2008/2009“.

Wirksamkeit

Der Projektansatz zeigt Kindern in sozial schwierigen Lebensumständen, dass sie aktiv ihr Lebensumfeld mit gestalten und verändern können. Sie werden dabei sowohl an die Politik herangeführt, als auch für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert. Kinder entdecken ihren unmittelbaren Lebensraum und identifizieren Faktoren, die die Gesundheit fördern oder schädigen. So werden sie befähigt, durch Kommunikation mit der lokalen Politikebene Veränderung zu initiieren und ihr Umfeld aktiv zu gestalten. Sie haben offensichtlich Spaß daran, sich zu engagieren und sind stolz, ernst genommen zu werden.

Ingrid Papies-Winker ist Politologin und Sozialpädagogin. Sie arbeitet als Koordinatorin Gesundheitsförderung des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg, ist Vorstandsmitglied der LAG und Sprecherin des Arbeitskreises „Migration, Integration und Gesundheit“.

Rüdiger Schmolke

Konsumkompetenzen stärken! Konsum- und Suchtverhalten junger Menschen mit Migrationshintergrund und Präventionstrategien

Zusammenfassung

Das Konsumverhalten und die hierauf bezogenen „mitgebrachten“ Traditionen und Lebensweisen von MigrantInnen unterscheiden sich nicht in allen Belangen, jedoch teilweise erheblich von Menschen in Deutschland ohne Migrationshintergrund. In den unter spezifischen Gruppen von MigrantInnen vorherrschenden Konsummustern lassen sich sowohl gesundheitsfördernde Ressourcen wie auch Risikofaktoren zur Entwicklung von Suchtverhalten ausmachen.

Suchtprävention und -beratung haben sich in den vergangenen Jahren deutlich zunehmend, doch noch immer auf insgesamt nur geringem Niveau damit beschäftigt, wie sie MigrantInnen adäquatere Angebote machen können, die helfen, die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Entwicklung von Abhängigkeit und Sucht einzudämmen. Den meisten Präventions- und Beratungsstellen fehlen jedoch auch heute die notwendigen interkulturellen Kompetenzen und Strukturen. Daneben bleibt meist unklar, mit welchen inhaltlichen Strategien gearbeitet werden soll.

Der Beitrag arbeitet einige grundlegende Bedingungen und Strategien für die Stärkung abstinenter Verhaltensweisen sowie der Unterstützung beim Erlernen eines individuellen Risikomanagements heraus. Bei der Darstellung von Substanzkonsum durch Menschen mit Migrationshintergrund beschränkt er sich im Wesentlichen auf Kinder und Jugendliche aus den GUS-Staaten sowie aus muslimisch geprägten Ländern.

MigrantInnen konsumieren anders

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen (in diesem Beitrag sind damit vor allem Tabak, Alkohol und illegale Drogen gemeint) unterscheidet sich vor allem bei Menschen mit „beidseitigem“ Migrationshintergrund aus Staaten außerhalb Westeuropas und Nordamerikas (d. h. beide Eltern sind aus anderen Staaten zugewandert) teilweise stark von dem, was in Deutschland tradiert und „Trend“ ist.

Einen guten und aktuellen Einblick in das Konsumverhalten junger Menschen – auf die sich im Rahmen dieses Beitrags wegen seiner Bedeutung für die Frage nach notwendigen Präven-

tionsstrategien vorrangig konzentriert werden soll – bieten die Ergebnisse der ersten Erhebungen im Rahmen des Kinder und Jugendgesundheits surveys (KIGGS 2008) die hier auszugswise herangezogen werden.

Demnach rauchen beispielsweise Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich weniger als diejenigen ohne: Insgesamt sind es bei den 11- bis 17-Jährigen etwa 16 gegenüber 21 Prozent. Bei denjenigen, die regelmäßig mindestens einmal in der Woche rauchen, sind es 13 gegenüber 17 Prozent. „Einseitige“ Jugendliche (die nur ein zugewandertes Elternteil haben) rauchen hingegen ähnlich wie diejenigen ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede sind nur teilweise durch soziale Faktoren zu erklären, d. h. dass auch kulturspezifische Orientierungen zu Buche schlagen.

Wichtig ist jedoch, weitere Faktoren im Blick zu behalten: In Bezug auf das Rauchen schlagen bei den MigrantInnen geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich höher zu Buche: Für die im Vergleich geringeren Raucherzahlen sind allein die Mädchen verantwortlich, die insgesamt deutlich weniger rauchen, während die Rate bei den Jungen mit kaum von denen ohne Migrationshintergrund abweicht.

Zielt man jedoch darauf, geeignete Präventionsstrategien zu entwickeln und die Hilfsangebote für KonsumentInnen zu verbessern, sind solche verallgemeinernden Aussagen weitgehend nichtssagend, sagen sie doch nichts über die einzelnen Gruppen von MigrantInnen aus, die wir zumindest grob nach dem Kulturraum unterscheiden müssen. In einer feineren Analyse ließ sich beispielsweise nachweisen, dass Jungen aus den GUS-Staaten und Mädchen aus den Balkanländern eine besonders hohe Raucherinnenrate aufweisen (letztere liegen damit voll „im Trend“ ihrer „deutschen“ Altersgenossinnen).

Nicht überraschend trinken „beidseitig“ muslimische Jugendliche beiderlei Geschlechts auch deutlich weniger regelmäßig (d. h. mindestens einmal in der Woche) Alkohol: Im Schnitt sind es von ihnen gerade einmal sechs Prozent der 11- bis 17-Jährigen, während es bei den Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund 41 Prozent und bei den „Einseitigen“ etwa ein Drittel sind. Nicht so bekannt dürfte hingegen der Befund sein, dass auch nichtmuslimische MigrantInnen-Gruppen in aller Regel niedrigere Alkoholkonsumraten aufweisen als Kinder und Jugendliche in Deutschland ohne Migrationshintergrund. Dabei weicht das Konsumverhalten von Jugendlichen aus den GUS-Staaten, den USA und Kanada sowie aus Westeuropa von denen ohne oder mit „einseitigem“ Migrationshintergrund kaum ab. Doch schon Jugendliche mit Eltern aus Polen oder Mittel- und Südeuropa trinken signifikant weniger als ihre deutschen Altersgenossen.

Ohne auf den regelmäßigen Konsum illegaler Substanzen im Einzelnen eingehen zu können (das Zahlenmaterial ist dürftig, die Verbreitungszahlen unter Kindern und Jugendlichen relativ gering), sei hier zusammenfassend wiedergegeben, dass sich auch in Bezug auf Cannabis und synthetische Stoffe ein ähnliches Bild wie beim Tabakkonsum zu ergeben scheint: Insgesamt konsumieren junge Menschen mit Migrationshintergrund eher weniger als diejenigen ohne – auch wenn einzelne Gruppen, wie beispielsweise männlichen Migranten aus den GUS-Staaten, sich hier deutlich abheben (Vgl. Bericht der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.). Und auch dieses Ergebnis ist im Wesentlichen auf bedeutende Geschlechterunterschiede zurückzuführen, denn Mädchen bzw. Frauen aus allen Kulturkreisen konsumieren deutlich weniger illegale Drogen als Jungen und Männer (Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Im Kontrast zu Kulturtraditionen innerhalb der meisten MigrantInnen-Gruppen, die dem Beginn von Konsum entgegenwirken und daraus folgend insgesamt eher moderatem Substanzkonsum, sehen sich Teile des Suchthilfesystems in Deutschland jedoch gleichzeitig mit einem zunehmenden Hilfebedarf und dramatischen Folgen für Drogenkonsumenten aus bestimmten MigrantInnen-Gruppen konfrontiert. Dieses Phänomen ist im Folgenden genauer zu untersuchen, um den spezifischen Risikofaktoren und Auswirkungen von Konsum und Abhängigkeit auf den Grund zu gehen.

Schaut man auf erhobene Daten und Statistiken, um die Bedarfe der Suchtprävention und Hilfe für MigrantInnen abzuleiten, so bleibt als erstes Ergebnis jedoch festzuhalten: Ihr Migrationshintergrund bringt für die meisten der MigrantInnen in Deutschland bedeutende Ressourcen mit sich, die zu einer großen Zurückhaltung beim Konsumverhalten führen und somit vor einer Entwicklung von riskantem Konsum, Abhängigkeit und Sucht schützen.

MigrantInnen brauchen spezifische Hilfsangebote

Wie also kommt es, dass wir ein teilweise sehr dramatisches Bild vor Augen haben, das den Handlungsdruck beim Thema Migration und Sucht unterstreicht? Die Antwort liegt, wie so oft, in der Differenzierung. Zum einen muss genauer unterschieden werden nach den ethnischen Zugehörigkeiten. So tragen vor allem einige ältere Jugendliche und junge Erwachsenen aus der Gruppe der SpätaussiedlerInnen aus den GUS-Staaten entscheidende Risikofaktoren mit sich: Die hohe Verbreitung von besonders risikoreichen Konsummustern in den Herkunftsländern, eine besonders schlechte sprachliche Integration, eine meist schlechte Lebenssituation

vor der Immigration und entsprechend geringe Ausbildungs- und Arbeitschancen in Deutschland.

Im Zusammenspiel mit oft unvorbereitet erlebter Andersartigkeit des Lebens und des Verlusts der sozialen Bindungen in die Herkunftsländer erhält hier Drogenkonsum nicht selten eine sinnstiftende Funktion, indem er dazu führt, dass eine intensive Bindung an die „Clique“ der ebenso Betroffenen geschieht. Dies betrifft nicht nur den Konsum illegaler Drogen sondern in ähnlicher Weise auch den von Alkohol – der Umgang mit illegalen Substanzen geht jedoch per se auch mit delinquentem Verhalten einher und führt auch daher besonders schnell in eine gesellschaftliche Position, die die Integration in Deutschland in aller Regel schnell unmöglich macht.

Zum anderen muss auch bei der Bewertung „mitgebrachter“ Risiko- und Schutzfaktoren genauer betrachtet werden: So bringt ein Aufwachsen mit muslimischem Migrationshintergrund offenbar tatsächlich die gesundheitsfördernde Ressource mit, ein ablehnendes oder kritisch-reflektierteres Bild gegenüber dem Alkoholkonsum zu vertreten, als es sonst in Deutschland üblich ist. Gleiches gilt für die meisten Gruppen von Mädchen mit Migrationshintergrund in Bezug auf das Rauchen und bei generell den meisten MigrantInnen gegenüber illegalen Drogen.

Gleichermaßen folgt jedoch hieraus auch ein Problem: Wenn junge muslimische Frauen (doch) rauchen, Alkohol trinken oder illegale Drogen nehmen, und dies eventuell sogar regelmäßig, stehen ihnen bedeutend weniger Bewältigungsressourcen und -strategien zum Umgang mit diesen Erfahrungen zur Verfügung. Dies fußt teilweise darin, dass ein allgemeines Verständnis von Drogen- oder Alkoholabhängigkeit als Krankheit, wie es sich in Nord- und Mitteleuropa durch die medizinische Sichtweise erst in einem langwierigen Prozess herauskristallisiert hat, in großen anderen Teilen der Welt keineswegs verbreitet ist.

In einigen Untergruppen von MigrantInnen (so aus den GUS-Staaten und Teilen Afrikas, bei denen vor allem das Trinken von Alkohol sehr verbreitet ist) wird die Vorstellung von Substanzabhängigkeit als Zwangshandlung kaum akzeptiert, sondern Kontrollverlust über den Konsum nicht selten als schlichte Willensschwäche abgetan, eine Sichtweise, die oft die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe hinauszögert und verhindert.

In durch islamische Einflüsse geprägten Ländern dominiert hingegen oft die Vorstellung von Berausung durch Alkohol und andere Drogen generell als Sünde und Schande. Dadurch ist aber auch die Kommunikation über eigene Motivationen und begleitende Probleme mit Eltern,

Freunden und Bekannten oft stark erschwert. Denn durch die stark pönalisierende Haltung vieler Familien drohen den Betroffenen von Eltern und Bekanntenkreis Sanktionen bis hin zur radikalen Ausgrenzung.

Dies kann nicht nur schwere soziale Folgen nach sich ziehen, sondern versagt gerade jungen Menschen auch die notwendige Unterstützung bei der Reduktion des Konsums oder auf dem Weg zur Abstinenz. Fehlende Auseinandersetzung führt auch dazu, dass das drogenbezogene Wissen der Konsumenten und Strategien zur Minderung des Risikos (zum Beispiel die Grenzen zu riskanten Trinkmengen oder so genannte Safer-Use-Hinweise beim Gebrauch illegaler Substanzen) viel weniger als allgemein verbreitet sind. Dies wiederum bringt die Gefahr der Verdrängung negativer Folgen und Hochrisiko-Verhaltensmuster (wie der frühe Einstieg in intravenösen Konsum und das Teilen von Spritzen) mit sich (INDRO 2006)

Unterstützen die Familienmitglieder (was selbstverständlich ebenso wie bei Familien ohne Migrationshintergrund die Regel ist), so tun sie dies meist unter dem Anspruch, die Probleme innerfamiliär zu lösen, um Ansehen und Ehre zu wahren (Salman 2004). Daher muss gleichzeitig hervorgehoben werden, dass die starke Tradierung in Herkunftsfamilie und Herkunftsland bzw. (je nach Sichtweise) mangelhafte Integration in Deutschland für viele MigrantInnen auch suchtauslösende und erschwerende Wirkung hat.

Daneben wirkt erschwerend, dass Informationsstellen und Hilfedienste wie Beratungsstellen und Therapieangebote unter MigrantInnen erheblich weniger bekannt sind oder auf Grund der „gefühlten“ Stigmatisierung und aus Angst vor Sanktionen nicht in Anspruch genommen werden. Denn zum einen herrscht bei vielen Gruppen von MigrantInnen Skepsis und wenig Vertrauen in sozialarbeiterische Institutionen, weil eine strikte Trennung von öffentlichen Diensten und Angeboten in freier Trägerschaft in den Herkunftsländern meist nicht existiert und das Bekanntwerden von Drogenkonsum und Abhängigkeit mit der Furcht vor staatlicher Repression verbunden wird. Hilfsangebote stehen daher bei ihnen häufig unter Verdacht, Strafverfolgungsorganen zuzuarbeiten oder selbst Zwangs- und Kontrollmaßnahmen einzuleiten. Diese Angst vor Sanktionen (bis hin zum Verlust des Aufenthaltsrechts durch Bekanntwerden des Drogenkonsums!) erschwert den Zugang von Hilfsangeboten und die offene Kommunikation über Drogenprobleme ganz erheblich (INDRO 2006).

In der Folge kommt es bei vielen MigrantInnen zwar zu einem späteren ersten Kontakt mit Drogen und späteren Beginn regelmäßigen Konsums, aber auch der erste Kontakt mit dem Suchthilfesystem liegt meist erheblich später als bei KonsumentInnen ohne Migrationshintergrund (Vgl. Thieme eJournals). Dies unterstreichen zum Beispiel Zahlen darüber, wie au-

ßerordentlich spät muslimische Alkoholranke in dauerhafte Beratungs und Behandlungsangebote integriert werden können, aber auch in der überdurchschnittlich hohen Quote von Herointoten speziell unter Aussiedlern aus den GUS-Staaten, die es bei einer Nutzung bereits bestehender Angebote (wie Beratungs- und Substitutionsangebote, Spritzentausch und Drogenkonsumräume) vermutlich nicht geben würde.

Es wäre allerdings verkürzt, den Grund für die unzureichende Nutzung der Drogenhilfeangebote durch MigrantInnen allein auf fehlende Ressourcen und Information zurückzuführen. Vielmehr ist der Hauptgrund für die geringe Nutzung des Drogenhilfeangebots durch MigrantInnen immer noch in der fehlenden Ausrichtung der Angebote auf diese Zielgruppe zu sehen: Noch im Jahr 2002 fanden Boos-Nünning & Otyakmaz in einer breit angelegten Untersuchung (in: Bundesministerium für Gesundheit 2002) lediglich in drei Prozent der befragten Drogenhilfeeinrichtungen spezifische Präventionsprogramme für MigrantInnen. Und auch die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit stellte im gleichen Jahr fest: „An spezifischen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund fehlt es [sogar] fast völlig.“

Zwar kann es inzwischen als gelungen angesehen werden, die Akzeptanz in den Einrichtungen dafür deutlich zu erhöhen, dass die Arbeit mit spezifischen Strategien und in spezifischen Projekten mit MigrantInnen Sinn macht. Außerdem sorgten Initiativen auf Bundes und Landesebene ebenso wie von Stiftungen für eine höhere Sensibilisierung für das Thema sowie die Förderung von Praxisprojekten. Einzelnen Projekten ist es sogar gelungen, Leitlinien und Standards für migrationsspezifische Projekte und Strategien zu entwickeln. Trotzdem fällt es den meisten Einrichtungen der Drogenarbeit schwer, Projekte speziell für (geschweige denn mit) MigrantInnen zu realisieren.

Moderne Suchtprävention und beratung ist emanzipativ!

Welche Präventions- und Interventionsansätze müssen also künftig angelegt und verfolgt werden, um das Wissen von MigrantInnen über Drogen zu erhöhen, das Verständnis für die Entwicklung von riskanten Konsummustern und Abhängigkeit zu verbessern und Strategien zu vermitteln, die der Risikoreduktion dienen? Welche Strategien machen es betroffenen KonsumentInnen und deren sozialen Bezugspersonen möglich, auf geeignete Unterstützung zurückgreifen zu können?

Für die Beantwortung dieser Fragen müssen wir uns zunächst einiger Grundsätze des Handelns der Suchtprävention und beratung vergewissern, die sich als effektiv erwiesen haben.

Ganz allgemein gilt in der Sucht und Drogenarbeit: Auch wenn wir in vielerlei Hinsicht noch nicht ganz verstanden haben, welche Faktoren die Gesundheit fördern – eines wissen wir: Wenn Menschen von Gesundheitsförderung profitieren sollen, dann vor allem dadurch, dass sie lernen, für sich selbst Wege zur Bewältigung von Stresssituationen und negativen Stimmungen zu finden – den Krankheitsauslösern Nummer eins.

Allen großen Themenbereichen der Gesundheitsförderung: dem Umgang mit Stress, der Förderung von Bewegung, Sport und gesunder Ernährung, dem Ausleben altersgerechter Sexualität und vielem mehr, dient seit vielen Jahren das Leitprinzip des Empowerment der Orientierung. Individuen oder Gruppen von Menschen zu „empowern“ heißt, ihre eigenen Bedürfnisse und Ressourcen zur Grundlage des Handelns zu machen, sie soweit wie möglich teilhaben zu lassen an den Prozessen in ihrer Umwelt, die Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen, und Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit zum Ziel zu machen (Bräunling 2007).

Allerdings: Das Ziel, Menschen zu möglichst weitgehend selbstverantwortlichen Subjekten zu machen, gilt vielen in Bezug auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen als nur eingeschränkt möglich – die Kreation des noch vor einigen Jahren unbekanntes Wortes „Suchtmittel“ zeugt hiervon. Dieses Tabu gilt es aufzubrechen und Drogen – legale wie illegale – als das zu sehen, was sie sind: Katalysatoren für das Beschreiten des engen Pfades zwischen dem Ausleben von Freiheit, Veränderung des Bewusstsein, Spaß und Risiko. Tut man dies, so ergibt sich auch in der Präventionsarbeit ein schmaler Grat zwischen notwendigem Warnen vor Leichtfertigkeit und Entlassen in eigene Verantwortung, zwischen dem Aufzeigen drastischer gesundheitlicher und sozialer Folgen und unvoreingenommener, die unmittelbaren Bedürfnisse möglicher KonsumentInnen anerkennenden Motive.

Jedoch: Zur Strategie, den Menschen ein möglichst hohes Maß an Autonomie und Eigenverantwortlichkeit auch im Umgang mit Drogen zu übertragen, gibt es keine Alternative. Denn allzu lang hat die Drogen und Suchtarbeit sich von Vertretern eines autoritär-kontrollierenden Ansatzes vereinnahmen lassen, die mit Hilfe überzeichneter und dämonisierender Bilder das Ziel einer weitgehenden Verhinderung von Substanzkonsum vor Grundrechte von KonsumentInnen und Abhängigen setzten und rationale Problemlösungsprozesse außer Kraft setzten (Uhl 2003). Drogenpolitik und Drogenarbeit gaben mit drakonischen Strafmaßnahmen und einer aus einem pathologisch-defizitorientierten Modell des Drogenkonsums gefolgerten Bewahrungspädagogik auf diese Weise lange Zeit ein Spiegelbild dessen, woran es im Bereich der Integrationspolitik maßgeblich auch heute noch krankt. Hauptergebnis hier wie da: Geringe Eigenständigkeit und Selbststeuerung derjenigen, um die es eigentlich geht; und anderer-

seits eine nur geringe Motivation, staatlich geförderte Institutionen als Partner und Ressource anzusehen.

Der manipulativ-repressiven Strategie, die man leider auch heute noch häufig in Anti-Drogen-Kampagnen antrifft, ist aus gesundheitsfördernder Sicht Empowerment entgegenzusetzen. Für neue Strategien der Suchtprävention und intervention heißt dies die Vermittlung von Kompetenzen für einen möglichst folgen- und gefahrlosen Konsum, und weniger die Verhinderung jeglichen Konsums. Dem Grundsatz „Risikofaktoren schwächen und Schutzfaktoren stärken“ folgend rückt moderne Drogenarbeit dabei die Entwicklung gesundheitsfördernder Ressourcen und Lebenskompetenzen, die Unterstützung gesunder Verhaltensweisen sowie die Vermittlung von Handlungskompetenzen im Umgang mit Konsummitteln in den Mittelpunkt (Uhl, 2003). Dass diese Strategien eine bedeutendere Rolle spielen sollten, verdeutlicht auch die Tatsache, dass das Verhalten der individuellen Freunde in der Peer Group inzwischen eine deutlich entscheidendere Rolle einnimmt, als das Vorbildverhalten der Eltern.

Auch der Empowerment-Ansatz darf natürlich nicht verkennen, dass risikoreiche Konsummuster und die Entwicklung von Missbrauchs- und Abhängigkeitsmustern die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender körperlicher und psychosozialer Schädigungen beträchtlich erhöhen. Insofern gilt es, Strategien zu finden, die Kindern ebenso wie Erwachsenen Tipps geben, warum und wie sie am besten jeden Drogenkonsum vermeiden, aber gleichzeitig Offenheit für unbequeme Wahrheiten und konkretes Handwerkszeug zur Risikominimierung für diejenigen bereit stellen, die sich (zeitweise) für Konsum entscheiden oder in Abhängigkeitsprobleme geraten.

Bei aller inhaltlichen Weiterentwicklung darf auch nicht verkannt werden, dass grundlegende strukturelle Bedingungen ursächlich dafür sind, dass MigrantInnen bislang von Suchtprävention und hilfe nicht genügend erreicht werden. Denn auch wenn es im Zuge der Verbreitung spezifischer Konzepte in den (im Vergleich zur Suchtprävention relativ gut ausgestatteten) Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in den letzten Jahren zu einer deutlichen Öffnung des Zugangs zu Angeboten und Verbesserung der Anbindung gekommen ist, fehlt es im Allgemeinen vor allem am fehlenden Fachpersonal mit ausreichenden interkulturellen Kompetenzen. Wichtige Ziele bleiben daher die Förderung von Mehrsprachigkeit in den Einrichtungen, der Ausbau kultureller Kompetenzen, die Etablierung von Dolmetscherdiensten und ähnliches (Vgl. Bericht der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V www.lzg-bayern.de/download/berichte/bum_02.pdf). Wichtigstes Ziel struktureller Veränderungen muss jedoch sein, dass Drogenarbeit aktiv auf MigrantInnen zugeht – vor allem (und sehr viel stärker als bisher) durch niedrigschwellige und aufsuchende Ansätze.

Strategien der Prävention für MigrantInnen: Bedürfnisse von MigrantInnen sind anders!

Was heißt dies nun im Speziellen für die Arbeit mit MigrantInnen? Zur Beantwortung dieser Frage sollten wir wiederum die vorherrschenden kulturellen Bedingungen (in Bezug auf Konsum) der wichtigsten MigrantInnen-Gruppen einbeziehen, ohne dabei der Gefahr erliegen zu wollen, diese unzulässig zu verallgemeinern.

- In vielen Familien aus muslimischen Kulturkreisen stößt Alkoholkonsum sowie Tabakkonsum von Mädchen und Frauen auf strikte Ablehnung, dabei spielen auch religiöse Begründungen eine entscheidende Rolle. Dies erhöht den sozialen Druck zur Abstinenz und führt zu geringeren Konsumraten. Diesen Vorteil gilt es in der präventiven Arbeit zu nutzen und, anknüpfend an die kulturellen und religiösen Motive, diejenigen darin zu bestärken, die diese Traditionen bewahren wollen.
- Umgekehrt kommt es bei den MigrantInnen aus den osteuropäischen Ländern (insbesondere aus der GUS) ebenso wie bei den Mittel- und Nordeuropastämmigen darauf an, sie beim Hinterfragen ihres meist unkritischen Umgangs mit Alkohol zu unterstützen, die Funktion des Alkohols auf die Demonstration von Rollenbildern zu prüfen usw.
- Stärker als bislang sollte Suchtprävention und -hilfe dabei trotzdem darauf Wert legen, nicht nur „unspezifisch“ aufzuklären, sondern auch diejenigen, die (evtl. später) Rauchen oder Alkohol trinken (werden), zur aktiven Auseinandersetzung mit den pharmakologischen Wirkungen und Risiken etc. anzuregen.
- Hier geht es also darum, ein Nebeneinander der Bestärkung ablehnender Haltungen und gleichzeitig die „Drogenkultur“ des jeweiligen Stoffes, seine Geschichte, Gebrauchsweisen und gesellschaftliche Integration (oder ihr gesellschaftlicher Ausschluss) möglichst lebendig zu vermitteln, um die Wissensbasis über Wirkungen und Risiken von Substanzen zu erhöhen.
- Damit steht Drogenarbeit mit MigrantInnen vor einem Dilemma, einerseits die kulturell tradierten Vorstellungen akzeptieren zu wollen und nicht bevormundend aufzutreten, andererseits aber auch Tabus in den Herkunftsfamilien zu durchbrechen und vereinfachte Denkmuster aufbrechen zu wollen. Dies erfordert vor allem auch den Mut, sich in Diskussionen über Wertvorstellungen (in diesem Fall zunächst: über psychoaktive Substanzen) einzulassen, die zunächst fremd und vereinfacht erscheinen – eben wie in jeder Integrationsarbeit!

Vielleicht die wichtigste Aufgabe von Suchtprävention und Drogenhilfe wird es aber sein, sich selbst inhaltlich stärker in Richtung eines emanzipativen, bei der Erlangung auf weitgehender Autonomie unterstützenden Ansatzes zu verorten und dabei die Durchsetzung grundlegender vertrauensbildender Standards voranzutreiben.

Literatur

- KiGGS 2008: [Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland](#), Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, herausgegeben vom Robert Koch Institut, 2008
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2002: *Migration und Sucht – Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos
- Indro 2006: Sabine Suhr/Anne Koopmann: *Drogenkonsumierende Migranten aus der GUS - Skizzierung der aktuellen Situation und der Zugangsprobleme in der ambulanten Drogenhilfe in Deutschland*, herausgegeben von INDRO e.V., 2006
- Haasen, Christian et al: *Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten*, in Thieme eJournals 2001,
- Stefan Bäunling: [Empowerment als Good-Practice-Kriterium in der Gesundheitsförderung und Prävention bei Jugendlichen](#), Berlin März 2007
- Alfred Uhl, [Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie?](#), 2003

Rüdiger Schmolke hat Politikwissenschaften und Public Health studiert. Er war bei verschiedenen Institutionen im Bereich der Gesundheitsförderung, Suchtprävention und Drogenforschung tätig, seit 2007 leitet er die Suchtpräventionsfachstelle „Chill out“ in Potsdam. (www.spf.chillout-pdm.de)

Sabine Oldag

Die Relevanz der Dolmetscherdienste in der Gesundheitsversorgung: Der Gemeindedolmetschdienst Berlin

Globalisierung, demografischer Wandel und der zunehmend wachsende Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland führen im Gesundheits- und Sozialwesen in Bereichen der sprachlichen und kulturellen Verständigung zu neuen Herausforderungen. In einer Weltstadt wie Berlin kommen über 180 Nationalitäten und damit viele verschiedene Kulturen an einem Ort zusammen. Was im alltäglichen Miteinander manchmal zur Erheiterung aller Beteiligten führt, kann in gesundheitlichen und sozialen Beratungs- und Behandlungssituationen schwerwiegende Probleme schaffen: Missverständnisse und kulturelle Unterschiede.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die gesundheitliche Lage von MigrantInnen deutlich von jener der übrigen Bevölkerung unterscheidet, ernst zu nehmen. Die gesundheitliche Situation von ZuwandererInnen „stellt sich im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung in einigen Bereichen (z.B. bei der Säuglingssterblichkeit, Unfällen im Straßenverkehr, bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen) deutlich ungünstiger dar“, so fasst der jüngste Gesundheits-Basisbericht der Berliner Senatsverwaltung die Ergebnisse zusammen.

Darüber hinaus haben viele MigrantInnen aufgrund sprachlicher und soziokultureller Barrieren Schwierigkeiten, sich im deutschen Versorgungssystem zurechtzufinden. Fehlendes Wissen um präventive Gesundheitsförderungsangebote sowie mangelnde Informationen über die eigenen Verbraucher- und Patientenrechte führen dazu, dass deren Nutzung und Inanspruchnahme nur unzureichend ist. MigrantInnen lassen sich seltener impfen, nehmen weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und haben bei der Versorgung chronischer Erkrankungen einen Nachholbedarf.

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst heißt das: Sowohl bei Angeboten der Information, der Prävention als auch der Versorgung sind Schritte nötig, um mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen. Gelingende Kommunikation ist eine entscheidende Voraussetzung dafür und muss einen entsprechenden hohen Stellenwert in Strategien, Konzepten und der täglichen Praxis bekommen.

Verringerte Möglichkeiten der Aufklärung und Information für MigrantInnen

Im Bereich des Gesundheitswesens beispielsweise wurden bisher bei Verständigungsschwierigkeiten überwiegend „Laiendolmetscher“ – Kinder, Angehörige, Bekannte, Reinigungspersonal oder Pflegekräfte – herangezogen. Dies führte regelmäßig zu qualitativen Verlusten in der Behandlung, da Verwandte und Bekannte selten in der Lage sind, die jeweiligen Inhalte fachgerecht und unparteiisch zu vermitteln. Auch bilinguales Pflegepersonal ist mit der zusätzlichen Rolle des/der Dolmetschers/In in der Regel überfordert. Ihnen sind die Fachbegriffe zwar im Deutschen geläufig, eine genaue Übersetzung scheitert jedoch überwiegend am fehlenden Wissen um die Fachterminologie in der anderen Sprache.

Ein Einsatz professioneller DolmetscherInnen findet zumeist aus Kostengründen nicht statt. Außerdem erfüllen nur Wenige die besonderen Anforderungen im psychosozialen, medizinischen und sozialen Bereich. Diese für alle Beteiligten unbefriedigende Situation kann zu erheblichem Mehraufwand führen, da auf Grund des Nicht- oder Falschverstehens häufiger der/die Arzt/Ärztin gewechselt wird, Beratungen oder Behandlungen wiederholt werden müssen oder gar Fehldiagnosen mit weitreichenden Folgen entstehen können. Im Ergebnis wird das Gesundheits- und Sozialwesen durch kosten- und zeitintensiven Mehraufwand zusätzlich belastet, ohne dabei eine Verbesserung der Versorgung zu erzielen. Ähnliches gilt auch für die Kommunikation mit Behörden, Schulen, Kindertagesstätten und den verschiedensten sozialen Einrichtungen.

Viele europäische Länder haben bereits sehr erfolgreich Lösungsansätze zur Bewältigung dieses Problems konzipiert und umgesetzt – zu nennen ist hier beispielsweise die Schweiz. In Deutschland diskutierte die Fachöffentlichkeit seit vielen Jahren unterschiedliche Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Neben den Forderungen nach fremdsprachigem Personal und einer Stärkung von interkulturellen Kompetenzen wurden in einigen Städten Sprach- und Kulturmittler, gelegentlich auch als IntegrationsmittlerInnen bezeichnet, durch Gemeindedolmetschdienste ausgebildet und vermittelt. Dies wird als bedeutender Beitrag zur qualitätsgerechten Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung von MigrantInnen angesehen.

Der Bedarf an Sprach- und Kulturmittlung in Berlin

Zur Ermittlung des Bedarfs an Sprach- und Kulturmittlung im medizinischen und sozialen Bereich wurden in Berlin zwei Studien durchgeführt, um zu ermitteln, in welchen Bereichen und in welchem Umfang in Berlin GemeindedolmetscherInnen benötigt werden.

Die erste, von Dr. Susanne Deininger und Stefanie Brandt, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, im Jahr 2004 durchgeführte Studie stützte sich auf eine Umfrage an Berliner Krankenhäusern, bei der es zum Beispiel darum ging, Angaben zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen PatientInnen zu erfassen und zu analysieren. Es zeigte sich, dass mit etwa 5 Prozent dieser PatientInnen eine Verständigung nur schlecht oder gar nicht möglich war. Dies entspricht etwa 34.000 Fällen pro Jahr.

Die zweite Studie von Johanna Uebelacker, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, betrifft die soziale Kommunikation in sozialen Einrichtungen und erbrachte ähnliche Ergebnisse wie die erste Studie. Die Befragung von MitarbeiterInnen aus dem Jugend-, Gesundheits-, Sozial- und Bürgeramt des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin ergab, dass 95 Prozent der befragten MitarbeiterInnen KlientInnen betreuen, die Schwierigkeiten haben, sich auf Deutsch zu verständigen.

Der Anteil, bei dem ein Dolmetschereinsatz notwendig wäre, wird in Kreuzberg auf 32 Prozent geschätzt. Versuche, Kommunikation in „vereinfachtem Deutsch“ zu führen, sind aber mit Problemen verbunden: Missverständnisse, mangelhafte Vermittlung komplizierter Sachverhalte, Unsicherheiten darüber, wie viel die Klienten wirklich verstehen und erhöhter Zeitaufwand für Gespräche. Häufig wird dann die sprachmittlerische Hilfe durch Begleitpersonen genutzt, insbesondere durch Kinder, Ehepartner, Verwandte oder Freunde. Doch auch hier sind die Gespräche nur selten unproblematisch: Begleitpersonen übersetzen unvollständig, geben unklare Antworten und verfügen oft über zu geringe Sachkenntnisse und Kenntnisse von Fachbegriffen.

Mehr als zwei Drittel gaben zudem an, dass Begleitpersonen gestellte Fragen selbst beantworten, anstatt den KlientInnen die Möglichkeit zu geben, für sich selbst zu sprechen. Kinder als LaiendolmetscherInnen sind dabei ein besonderes Problem, „weil diese unweigerlich in die Rolle von Erwachsenen gedrängt werden, mit Themen und Fragestellungen konfrontiert werden, die nicht altersgemäß sind und sich ihren Eltern gegenüber in einer ungewohnten Machtposition befinden, welche das familiäre Gleichgewicht gefährden kann“ – so Johanna Uebelacker in ihrem Resümee der Befragung im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg.

Kommunikationsbarrieren führen nach Meinung fast aller befragten MitarbeiterInnen aus den Kreuzberger Ämtern dazu, dass Möglichkeiten der Aufklärung und Information beschränkt sind, ein erhöhter Zeitaufwand entsteht und Hinweise und Empfehlungen nicht ausreichend eingehalten werden. Zur Überbrückung dieser Barrieren plädieren sie für den Einsatz professioneller Sprach- und KulturmittlerInnen, eine der jeweiligen Muttersprache entsprechenden

Betreuung oder das Hinzuziehen externer Sprach- und KulturmittlerInnen nach Bedarf. Leider werden diese Wege in Deutschland viel zu selten beschritten, weil die Rechtslage, Kostenfaktoren und mangelnde Infrastruktur entscheidende Hemmnisse bilden. Auch heute noch wird das Feld der Sprach- und Kulturmittlung in Hannover, München und Berlin in der Hauptsache von Nichtregierungsorganisationen getragen.

In Berlin konnte die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung – Gesundheit Berlin e.V. – zusammen mit der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg ab dem Jahr 2002 einen Gemeindedolmetschdienst durch eine eigens entwickelte Qualifizierung für MigrantInnen aufbauen. Als Modell hierfür diente das Konzept der Dolmetschzentralen in den Niederlanden. Finanzielle Unterstützung ermöglichte eine EQUAL-Partnerschaft beim Integrationsbeauftragten von Berlin.

Da die Bedeutung der Unterschiedlichkeit der Kulturen hinsichtlich Gesundheitsbewusstsein und Krankheitsverständnis immer deutlicher erkannt wurde, begann man in Berlin seit 1996 mit der Planung eines interkulturellen Gesundheitsnetzwerks, wofür das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover Pate stand. Hier sollten im Wesentlichen Forderungen nach einer verbesserten Beratung und Versorgung von MigrantInnen (Gesundheitsberatung, Multiplikatorenschulung, Vernetzung) umgesetzt werden. Dazu gehörte auch die Einrichtung eines Gemeindedolmetschdienstes in Berlin.

Im Jahre 2002 gelang es dem Stadtbezirk Friedrichshain-Kreuzberg, insbesondere der Plan- und Leitstelle Gesundheit, die Finanzierung eines wesentlichen Bestandteils eines solchen Zentrums, nämlich die Qualifizierung von GemeindedolmetscherInnen, durch finanzielle Unterstützung der Europäischen Gemeinschaft zu erreichen. Diese „Anschubfinanzierung“ sollte die Institutionalisierung eines Gemeindedolmetschdienstes ermöglichen, wobei die Trägerschaft (Kommune, Land Berlin, private Träger) seitens der EU-Förderer offen blieb. Angesiebart wurde die Qualifizierungsmaßnahme bei der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung „Gesundheit Berlin e.V.“, die bis heute die Trägerschaft des Gemeindedolmetschdienstes inne hat.

Seit 2003 wurde der Gemeindedolmetschdienst Modellprojekt im Rahmen einer Entwicklungspartnerschaft von der EU durch das Programm EQUAL gefördert. Diese Förderung umfasste als erste Phase die Ausbildung und Qualifizierung von 81 muttersprachlichen TeilnehmerInnen und als zweite Phase die feste Etablierung des Gemeindedolmetschdienstes als wichtiges Werkzeug zur Integrationsförderung von MigrantInnen.

Qualifizierung von GemeindedolmetscherInnen

Im Lehrplan der Kurse fanden sich unter anderem Unterrichtseinheiten zu den Themen:

- Dolmetsch-, Übersetzungs- und Kommunikationstechniken
- medizinische und psychologische Fachterminologien
- gesundheitswissenschaftliche, sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen
- Aufbau und Struktur des Gesundheits- und Sozialwesens in Deutschland
- Migrationssoziologie
- Interkulturelle Kompetenz
- Recht und Ethik

Die Ausbildung schloss dazu mehrere Praxisphasen ein, in denen sich die Auszubildenden in ihrer zukünftigen Tätigkeit praktisch erproben konnten. Gleichzeitig lernten die Institutionen, in denen diese Praktika stattfanden, die Arbeitsweise der GemeindedolmetscherInnen kennen.

GemeindedolmetscherInnen sind in der Lage, interkulturelle Kommunikation und Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher Herkunft in vertrauensvoller Atmosphäre. Sie stellen eine fachliche Kommunikation sicher durch die in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und sind im Gegensatz zu Familienangehörigen neutral und an die Schweigepflicht gebunden.

Etablierung und Ausbau des Gemeindedolmetschdienstes

Zur Qualitätssicherung wurde zeitgleich mit der Etablierung der Vermittlungstätigkeit auch die organisatorische Seite der Tätigkeit des GDD entwickelt, indem ein System der statistischen Erfassung aller Einsätze geschaffen und erprobt wurde. Darüber hinaus wurden interne Auffrischungs- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Erfahrungsaustausche und Supervisionen organisiert und angeboten.

Trotz des zunehmenden Bekanntheitsgrades des Gemeindedolmetschdienstes ist die Lobbyarbeit und Akquise neuer KundInnen eine ständige Aufgabe des GDD. Viele in Berlin stattfindende Fachtagungen, aber auch Printmedien sowie Rundfunk und Fernsehen wurden und werden genutzt, um den Gemeindedolmetschdienst und die von ihm angebotenen Leistungen vorzustellen. Daneben bestehen auch Kontakte zu ähnlichen Einrichtungen in anderen Bundesländern. Sie werden mit dem Ziel gepflegt, Erfahrungen auszutauschen, eine Verstetigung und Nachhaltigkeit der Sprach- und Kulturmittlung zu erreichen und schließlich ein einheitliches, anerkanntes Berufsbild "Sprach- und Integrationsmittler" bundesweit zu etablieren. Nur wenn man von der Notwendigkeit überzeugt ist, dass im Bedarfsfall qualifizierte Sprach- und

KulturmittlerInnen einbezogen werden, kann ein gleichberechtigter und adäquater Zugang zum Versorgungsangebot ermöglicht werden.

Sprachangebot und Einsatzfelder

Der Gemeindedolmetschdienst bietet aktuell muttersprachliche Kommunikation in mehr als 34 Sprachen für den Großraum Berlin an. Das Angebot beinhaltet neben den stark nachgefragten Sprachen Türkisch, Arabisch, Russisch, Vietnamesisch und Albanisch auch seltene Sprachen wie Bengalisch, Urdu oder Punjabi an.

In den vergangenen beiden Jahren konnte die Zahl der Einsätze gegenüber dem Vorjahr jeweils um 40 Prozent gesteigert werden. So werden GemeindedolmetscherInnen zur Zeit für Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und für die Jugendämter der Bezirke (etwa 40 Prozent der Einsätze), sowie für den Krankenhausbereich (ebenfalls etwa 40 Prozent) vermittelt. Hinzu kommen Einsätze bei freien Trägern aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich (etwa 20 Prozent). Mehr als zwei Drittel aller Krankenseinsätze finden derzeit im Bereich der Psychiatrie statt, wo der Sprach- und Kulturmittlung – mit steigender Tendenz – eine unverzichtbare Bedeutung im Zugang zur medizinisch-psychiatrischen Versorgung zukommt.

Bislang gibt es hier in Deutschland noch kein „Recht auf Verständigung“, wie es in den USA, Großbritannien oder auch Schweden der Fall ist – die Erfahrungen jedoch zeigen, dass die gesetzten Ziele, nämlich die Schaffung eines Vermittlungsdienstes für den Großraum Berlin und eine größere Sensibilisierung für Verständigungsschwierigkeiten im Gesundheits- und Sozialbereich erreicht sind. Die größte Herausforderung ist und bleibt jedoch, den Vermittlungsbedarf so gut wie möglich zu decken, um eine bessere Gesundheit für alle zu gewährleisten und Menschen mit Migrationshintergrund eine umfangreichere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Seit dem 1. Juli 2008 ist "Gesundheit Berlin" zusätzlich Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und wird in dieser Eigenschaft von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz gefördert. In diesem Rahmen erhält auch der Gemeindedolmetschdienst eine Teilfinanzierung.

Sabine Oldag ist Diplom-Sozialpädagogin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH). Sie arbeitet als Koordinatorin des Gemeindedolmetschdienstes bei Gesundheit Berlin e.V., der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung.

Linkliste zum Thema Migration und Gesundheit

- Arbeitskreis: "[Transkulturelle Medizin, Migration und Gesundheit](#)"
- [MIGHEALTHNET](#) - Informationsnetzwerk Migration und Gesundheit
- [Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin](#) (AGEM)
- [Medizinische Hochschule Hannover -Arbeitskreis Transkulturelle Psychiatrie](#)
- [Wissensportal zum Thema Kultur und Gesundheit](#)
- [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde](#) (DGPPN)
- [Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie](#)
- Schweiz: [Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2008 - 2013»](#)
- lernundenter: [Transkulturell lernen - pflegen und begleiten](#)
- Forum Interkulturelles Leben und Lernen e.V. - [Arbeitskreis "Migration und Gesundheit"](#)
- [Transkulturelle Psychiatrieprogramm im deutschsprachigen Raum](#)
- [Informationsdienst der Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren MigrantInnen](#) (IKoM) - ein Projekt von AKTIONCOURAGE - SOS Rassismus
- [Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte NRW](#)
- Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
- Entwicklung & Chancen (E&C): [Publikationen zu Themen Migration und Gesundheit bzw. Gesundheit & Gesundheitsförderung](#)
- [Zeitschrift nah & fern, Nr. 41 Schwerpunkt Migration und Gesundheit](#)