

BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Angesichts von 17,1 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und aufgrund der im Herbst 2015 erlebten dramatischen Situationen bei der Lenkung und Versorgung der Flüchtlingsströme stellt sich die Frage, wie Gesundheitsförderung und gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte zielgruppengerecht gestaltet werden können.

Im November 2016 wurden deswegen in der Reihe »Werkstattgespräche mit Hochschulen« Expertinnen und Experten zum Vortrag und Gedankenaustausch zum Thema »Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung« eingeladen. Das Werkstattgespräch sollte Gelegenheit geben, den Kulturbegriff vor dem Hintergrund des salutogenetischen Gesundheitskonzeptes einzuordnen. Weiterhin sollten Beispiele kultursensibler Gesundheitskommunikation in massenkommunikativen Kampagnen vorgestellt und daraus mögliche Handlungsoptionen abgeleitet werden. Darüberhinaus sollten die Anforderungen personaler Kommunikation am Beispiel des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst thematisiert werden.

Das Fachheft dokumentiert die Vorträge dieser Veranstaltung und wird ergänzt durch zwei Beiträge, die unmittelbaren Bezug zu den zentralen Fragen und Inhalten der Vorträge des Werkstattgesprächs haben und damit das Thema erweitern. Alle Beiträge regen dazu an, das Thema »Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung« in Forschung und Praxis weiterhin zu verfolgen – nicht zuletzt weil die Dringlichkeit des Themas weiter besteht.

ISBN 978-3-942816-###

Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung – Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege

Band 21

Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung – Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege

Beiträge zum Werkstattgespräch der BZgA mit Hochschulen am 3. November 2016 in Köln

BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**



Gesundheitsförderung Konkret

Band 21

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Aufgaben der Qualitätssicherung (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Fachtagungen und Workshops mit Expertinnen und Experten haben in dem Entwicklungsprozess eine wichtige Funktion: Sie sind ein Forum, in dem der wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Hinblick auf Konsequenzen für Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen diskutiert werden.

In der Reihe »Gesundheitsförderung Konkret« werden deshalb neben themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten sowie ausgewählten Projekten und Modellen auch die Ergebnisse von Fachtagungen und Workshops veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei der Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung – Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege

Beiträge zum Werkstattgespräch der BZgA mit Hochschulen am 3. November 2016 in Köln

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung Konkret Band 21

Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung –

Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege

Beiträge zum Werkstattgespräch der BZgA mit Hochschulen am 3. November 2016 in Köln

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),

Maarweg 149–161, 50825 Köln, Tel.: 0221/89 92–0, Fax: 0221/89 92–300

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten.

Projektleitung

Dr. Guido Nöcker

E-Mail: guido.noecker@bzga.de

Lektorat: aHa-Texte, Köln

Satz: Büro Freiheit, Köln

Druck: XXX

Auflage: XXX

ISBN 978-3-942816-xxx

Band 21 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 50819 Köln, und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: xxx

» Vorwort

Der Migrationsbericht der Bundesregierung aus dem Dezember 2015 gibt einen Überblick über das Migrationsgeschehen in Deutschland und einen Ausblick auf das Folgejahr 2016. Dort heißt es nüchtern, dass das Migrationsgeschehen dieser beiden Jahre Deutschland und Europa in bislang einmaliger Weise vor enorme Herausforderungen gestellt hat. Die Zahl der Zuzüge nach Deutschland wird mit 2,14 Millionen Menschen angegeben und nach Abzug der Fortzüge von einem Wanderungsgewinn von 1 Millionen Personen ausgegangen. Unter den Zuwanderern wird die Gruppe der Schutzsuchenden im Jahr 2015 mit 890.000 Asylsuchenden angenommen.

Der Migrationsbericht informiert, gestützt auf den Mikrozensus 2015, auch über die Zahl und Zusammensetzung der Ausländer in Deutschland: Von 81,4 Millionen Einwohnern Deutschlands hatten 17,1 Millionen einen Migrationshintergrund. Von den rund 7,8 Millionen Ausländern waren 1,3 Millionen in Deutschland geboren und aufgewachsen, fast 54 % von ihnen lebten bereits zehn Jahre und länger in Deutschland, etwa 36 % seit mindestens zwanzig Jahren und 20 % schon seit dreißig Jahren.

Angesichts dieser Zahlen und nicht zuletzt aufgrund der im Herbst 2015 erlebten dramatischen Situationen bei der Lenkung und Versorgung der Flüchtlingsströme aus dem arabischen und nordafrikanischen Raum nach Europa und Deutschland stellt sich die Frage umso dringlicher, wie Gesundheitsförderung und gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte zielgruppengerecht gestaltet werden kann. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat in einer ersten Reaktion auf diese Herausforderungen das Angebot fremdsprachiger Informationsmaterialien erweitert (z. B. um Arabisch und Farsi) und einzelne Materialien und Arbeitshilfen zur Verringerung von Sprachbarrieren z. B. in der gesundheitlichen Versorgung (Anamnesehilfe) entwickeln lassen. Darüber hinaus wurde im November 2016 in der Reihe »Werkstattgespräche mit Hochschulen« eine Reihe ausgewiesener Expertinnen und Experten aus dem Feld der Gesundheitswissenschaften zum Vortrag und zum Gedankenaustausch eingeladen. Das Werkstattgespräch sollte Gelegenheit geben,

– den Kulturbegriff und die Forderung nach kultursensibler Aufklärung vor dem Hintergrund des salutogenetischen Gesundheitskonzeptes einzuordnen und damit verbundene Erwartungen zu klären,

- Beispiele kultursensibler Gesundheitskommunikation in Gesundheitskampagnen kennenzulernen und daraus mögliche Handlungsoptionen für die Entwicklung nationaler Aufklärungsstrategien abzuleiten und
- am Beispiel des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst die Anforderungen personaler Kommunikation zu reflektieren.

Dieses Fachheft dokumentiert die Vorträge dieser Veranstaltung und wird ergänzt durch zwei Beiträge, die unmittelbaren Bezug zu den zentralen Fragen und Inhalten der Vorträge des Werkstattgesprächs haben und damit das Thema erweitern.

Den Anfang macht ein grundlegender Beitrag von Patrick Franke über den Umgang mit islamischen Normen zu Gesundheit, Körper und Sexualität, der Empfehlungen für die Gesundheitsfürsorge enthält, die an Menschen mit islamischem Glauben gerichtet werden. Darauf folgt eine kritische Reflexion von Haci-Halil Uslucan über kultursensible Gesundheitsförderung und den im Konzept der Salutogenese enthaltenen westlichen Werten, die nicht unverändert auf Menschen aus anderen Kulturkreisen übertragen werden können.

Cornelia Betsch thematisiert im dritten Beitrag aus psychologischer Perspektive wichtige Implikationen einer kultursensitiven Gesundheitskommunikation am Beispiel von bevölkerungsweiten Gesundheitskampagnen. Sie legt dar, wie Kultur psychologisch verstanden werden kann, und gibt einen Überblick über kulturelle Unterschiede in Bezug auf die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit und zeigt, wie diese Unterschiede in der Umsetzung von Kampagnen Berücksichtigung finden können.

Der vierte Beitrag des Werkstattgesprächs von Erika Sievers gibt einen Einblick in die Arbeit des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und praktische Empfehlungen zum Umgang mit Problemen, wie sie in der interkulturellen Kommunikation bei der ärztlichen Versorgung auftreten können.

In Ergänzung zu den Vorträgen des Werkstattgesprächs bringt der Beitrag von Matthias Kleinke, Bernt-Peter Robra und Anke Spura Ergebnisse aus einer aktuellen Befragung zur Zugangskommunikation von Asylanten eine zusätzliche Perspektive aus Sicht der Betroffenen ein.

Abschließend stellt der Beitrag von Ann-Marie Krewer ein von der BZgA gefördertes Fortbildungsprojekt vor, bei dem haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geflüchtetenhilfe Unterstützung in »Resilienz und kultursensiblen Denken und Handeln (RekultDH)« erfahren.

Die Zusammenstellung der hier veröffentlichten Beiträge erscheint auf den ersten Blick wenig kohärent und fokussiert. In der Tat spannt sie einen weiten Bogen von der Normative religiöser Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, der Reflexion des Wertegehalts in Antonovskys Salutogenese-Konzept über die Fragen der angemessenen Berücksichtigung kultureller Besonderheiten in der Massenkommunikation bis hin zu Versorgungsfragen aus ärztlicher und Patientensicht und schließlich der Frage, wie Resilienzen auf der Seite der Betroffenen und der Helferinnen und Helfer gestärkt werden können. Die darin zum Ausdruck kommende Themenbreite spiegelt jedoch in gewisser Weise die unterschiedlichen Anforderungen, mit denen uns die Migrations- und Fluchtbewegungen spätestens seit dem Herbst des Jahres 2015 als Gesellschaft und insbesondere die Akteure im Feld der Gesundheitsversorgung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung konfrontiert haben.

Die Antwort auf die Frage, wie kultursensible Gesundheitsförderung aussehen kann, wo sie an ihre bzw. unsere (normativen) Grenzen stößt und ob wir darüber einen Konsens als Akteure im Bereich von Public

Health herstellen können – das alles muss heute noch weitgehend offen bleiben, nicht zuletzt, weil ein Diskurs darüber gerade erst begonnen hat. Auch wenn die Zahl der in unser Land geflüchteten Menschen zuletzt deutlich geringer geworden ist, besteht doch kein Zweifel daran, dass die gesundheitliche Aufklärung der kulturellen Diversität der Bevölkerung künftig größere Aufmerksamkeit schenken muss. Die in der Fachdiskussion bereits entwickelten Strategien des »Intercultural Mainstreaming« bzw. der »Managing Diversity« können hier einen allgemeinen Bezugsrahmen bilden. Für die Ausgestaltung konkreter Maßnahmen bedarf es jedoch auf Seiten aller Akteure einer ausreichenden Kulturkompetenz, das heißt der Fähigkeit, von der eigenen Kultur und Situation abstrahieren und die fremde Kultur in ihrer Besonderheit und im Vergleich zur eigenen betrachten zu können. Die hier veröffentlichten Beiträge sind aus meiner Sicht gut geeignet, für eine weiterführende Beschäftigung mit diesem zunehmend bedeutsamen Thema zu interessieren und die dafür notwendige grundlegende Reflexion anzuregen.

Dr. Heidrun M. Thaiss
Leiterin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Vorwort	3
01 » Vorträge	8
01.1 Zum Umgang mit islamischen Normen zu Gesundheit, Körper und Sexualität: Empfehlungen für die Gesundheitsfürsorge	8
Patrick Franke	
01.2 Kultursensible Gesundheitsförderung – Oder: Wie viele westliche Werte stecken in unseren Konstrukten psychischer Gesundheit?	30
Haci-Halil Uslucan	
01.3 Kultursensitive Gesundheitskommunikation: Eine psychologische Definition und Implikationen für die Gestaltung von Gesundheitsbotschaften und Kampagnen	37
Cornelia Betsch	
01.4 Gesundheitsversorgung: Ein Blick in die Praxis interkultureller Kommunikation im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	48
Erika Sievers	

02	» Erweiterungen	66
02.1	Kommunikation im Zugang zu medizinischer Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern Matthias Kleinke, Bernt-Peter Robra und Anke Spura	66
02.2	Ressourcenorientiertes und kultursensibles Denken und Handeln (ReKuIDH) in der Flüchtlingshilfe – Ein Fortbildungskonzept zur Stärkung von Resilienz und Ressourcen haupt- und ehrenamtlich Engagierter Ann-Marie Krewer	80
03	» Autorinnen und Autoren	98

01

Vorträge

» 01.1

Zum Umgang mit islamischen Normen zu Gesundheit, Körper und Sexualität: Empfehlungen für die Gesundheitsfürsorge

Patrick Franke

Deutschland ist in den letzten Jahren weltweit zu einem der wichtigsten Einwanderungsländer geworden. Hieraus ergibt sich eine neue Wahrnehmung für die Migrationsproblematik: Migration kann nicht mehr als Ausnahme, sondern muss als Normalfall betrachtet werden. Staat und Gesellschaft sind durch diese Entwicklung vor die Aufgabe gestellt, ihre Rolle gegenüber Zuwanderern neu zu bestimmen. Im Umgang mit den zugewanderten Minderheiten sind Neuansätze gefordert. Eines der in diesem Zusammenhang diskutierten Konzepte ist das der »Interkulturellen Öffnung«. Demnach müssen öffentliche Institutionen und Organisationen (Schu-

len/Hochschulen, Jugendarbeit, Gesundheitsfürsorge, Altenpflege etc.) in der Weise weiterentwickelt werden, dass sie auf allen Ebenen ihrer Arbeit auch den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten gerecht werden (vgl. Griese und Marburger 2012).

Eine besondere Situation ergibt sich daraus, dass unter den Zuwandernden der Anteil von Muslimen besonders hoch ist. Nach einer Hochrechnung, die das Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz (DIK) erstellt hat, sind allein von Mai 2011 bis Ende des Jahres 2015 rund 1,2 Millionen muslimische Menschen nach

Deutschland gekommen. Der Anteil der Muslime in Deutschland ist damit auf insgesamt 4,4 bis 4,7 Millionen gestiegen, was einem Anteil von 5,4 % bis 5,7 % der Gesamtbevölkerung entspricht. Das muslimische Leben in Deutschland wird durch die neue Zuwanderung auch vielfältiger: Während 2011 noch 67,5 % der Muslime aus der Türkei stammten, ist ihr Anteil mittlerweile auf 50,6 % gesunken. Neuzugewanderte stammen vor allem aus bisher in Deutschland wenig vertretenen Herkunftsregionen, so dem Nahen Osten, Südasien und Südostasien. Muslime aus den arabischen Ländern des Nahen Ostens stellen mit einem Anteil von 17,1 % jetzt die zweitgrößte Herkunftsgruppe unter den Muslimen Deutschlands dar (vgl. Stichs 2016).

Für die Gesundheitsförderung und -versorgung in Deutschland stellen sich aufgrund der neuen Situation mehrere Fragen:

- Ergeben sich durch den hohen Anteil von Muslimen unter den Zuwanderern neue Aufgaben für die Gesundheitsfürsorge und wenn ja, welche?
- Hinsichtlich des Aspekts der Salutogenese: Wie können soziale Rahmenbedingungen geschaffen werden, die muslimischen Flüchtlingen sowie Migrantinnen und Migranten bei der Gewinnung und Erhaltung von Gesundheit helfen?
- Auf der Ebene der Massenkommunikation: Wie müssen Kampagnen der gesundheitlichen Aufklärung gestaltet werden, sodass sie von muslimischen Flüchtlingen sowie Migrantinnen und Migranten akzeptiert werden?
- Auf der Ebene der persönlichen Kommunikation: Wie gestalte ich Beratungs- und Präventionsgespräche in der Weise, dass ich kooperatives Verhalten und eine soziale Integration der betreffenden Personen fördere?

Die Suche nach geeigneten Antworten auf diese Fragen macht es notwendig, sich zunächst mit bestimmten theoretischen Prämissen des Konzeptes der interkulturellen Öffnung auseinanderzusetzen.

Von grundlegender Bedeutung ist hierbei die Idee der interkulturellen Kompetenz: durch Sensibilisierung für kulturelle Unterschiede soll die Fähigkeit von Personal, mit Menschen aus fremden Kulturen zusammenzuarbeiten, verbessert werden. Dafür sollen deren spezifische Konzepte der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und Handelns erfasst und begriffen werden. Ziel ist es, Missverständnisse in der Kommunikation zu beseitigen und die Relativität der eigenen Werte- und Normenordnung bewusst zu machen.

» Kultur- oder Religions-sensibilität?

Sensibilisierung für kulturelle Differenzen bei Muslimen ist in der Gegenwart allerdings kein ganz unproblematisches Unterfangen, weil der Islam – auch gerade wegen des hohen Anteils von Muslimen unter den Migrantinnen und Migranten sowie Flüchtlingen – seit einigen Jahren im Zentrum politischer und kulturalisierender Diskurse steht, die »Eigenes« und »Fremdes« antithetisch gegenüberstellen und ihre Unvereinbarkeit propagieren. Sensibilisierung für kulturelle Differenzen birgt vor diesem Hintergrund potentiell die Gefahr, die Vorstellung von der Fremdheit der Muslime noch weiter zu verstärken und somit ihrer Integration in die deutsche Gesellschaft entgegenzuwirken.

Vorstöße zur Institutionalisierung von »Kultursensibilität« können gerade »eine Zementierung wechselseitig exkludierender Gruppenzugehörigkeiten« bewirken, auch wenn sie eigentlich das Gegenteil dessen intendieren (Schrode 2015, S. 62). Institutionalisierte Betonung von kultureller Identität kann dazu führen, dass Individuen hauptsächlich oder nur noch als Angehörige einer bestimmten

Kultur wahrgenommen werden und »kulturelle Differenz« zu einem dominanten Paradigma wird, das die Wahrnehmung anderer Ungleichheiten in den Hintergrund drängt (vgl. Marvakis und Parsanoglou 2009).

Beim Islam kommt noch ein weiteres Problem hinzu, dass nämlich mit dem sogenannten »Kampf der Kulturen« von Samuel Huntington ein sehr einflussreiches Denkmodell existiert, das die Vorstellung eines fundamentalen Konfliktes zwischen »dem Islam« und »dem Westen« mit der Idee von zwei in sich geschlossenen »Kulturkreisen« verbindet, die sich schon seit Jahrhunderten feindlich gegenüberstehen (vgl. Frindte 2013, S. 45).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie nützlich die Kategorie »Kultur« im Zusammenhang mit dem Islam ist. Können Konzepte wie »Kultur«, »Kultursensibilität« und »Interkulturelle Öffnung« überhaupt dabei helfen, Muslime in die deutsche Gesellschaft zu integrieren?

Als Alternative für »Kultur« bietet sich der Begriff »Religion« an, und zwar schon deshalb, weil sich Muslime primär nicht durch Zugehörigkeit zu einer Kultur, sondern einer Religion auszeichnen. Das Konzept der Religion ermöglicht es auch, die reale Situation differenzierter zu erfassen: das migran-tische Individuum wird nicht von vornherein dem islamischen Bezugssystem zugeordnet, sondern nur bei offen sichtbarer oder deklariertem Selbstidentifikation. Religiöse Ausrichtung ist unabhängig von »kultureller« oder ethnischer Herkunft, denn so wie es deutsche Muslime gibt, gibt es umgekehrt auch christliche Araber, Türken und Perser, die nicht zufrieden wären, wenn man sie als Muslime behandelte.

Religiöse Zugehörigkeit wird nach dem heutigen Religionsmodell primär durch persönliche Entscheidung konstituiert, nicht durch soziale Bindungen (vgl. Zander 2016). Religion funktioniert auch anders als das, was gemeinhin als Kultur bezeich-

net wird, weil innerhalb der einzelnen Religionen verschiedene religiöse Autoritäten existieren, die den Anspruch erheben, das Werte- und Normensystem zu definieren, dabei jedoch beim Einfluss bei den Gläubigen miteinander rivalisieren. Ihr wichtigstes Kapital ist die Kompetenz zur Auslegung der heiligen Texte.

Das Individuum entscheidet selbst darüber, wie weit es welchen religiösen Autoritäten folgt und sich ihren Maßstäben unterwirft. Natürlich ist es dabei nicht völlig frei, weil es gegebenenfalls Konformitätsdruck aus Familie, sozialer Gruppe oder Repressionen von staatlicher Seite ausgesetzt ist. Bestimmte Gruppen oder der Staat können das religiöse Feld auch monopolisieren. Grundsätzlich folgt aber Religion sozusagen den ökonomischen Gesetzmäßigkeiten eines Marktes, bei dem sich Anbietende und Nachfragende religiöser Dienstleistungen gegenüberstehen (Schmidtchen 2007).

In Anbetracht der Tatsache, dass muslimische Identität zunächst einmal an Religion gekoppelt ist, scheint es sinnvoller, im Zusammenhang mit den Bemühungen um die Entwicklung einer adäquaten Gesundheitsfürsorge für Muslime nicht von »Kultursensibilität«, sondern von »Religions-sensibilität« zu sprechen. Der Vorteil einer solchen Sprachregelung, die auch von der Deutschen Islam Konferenz (DIK) angewendet wird (vgl. DIK 2015), besteht darin, dass nicht-praktizierende Muslime nicht a priori in eine bestimmte kulturelle »Schublade« gesteckt, sondern nur dann gesondert behandelt werden, wenn sie ihre religiöse Praxis selbst ins Spiel bringen.

Um Empfehlungen für eine religions-sensible Gesundheitsförderung und -versorgung für Muslime formulieren zu können, ist es notwendig, zunächst Mechanismen und Dynamik des islamischen Werte- und Normensystems und die Stellungnahmen heutiger religiöser Autoritäten zu Fragen von Gesundheit, Körper und Sexualität zu betrachten.

Sodann sollen die eingangs genannten Einzelfragen in separaten Abschnitten fokussiert werden.

» Die Dynamik des islamischen Werte- und Normensystems

Die überwältigende Mehrheit der Muslime weltweit betrachtet den Koran und die sogenannte Sunna als Grundlage des islamischen Werte- und Normensystems. Der Begriff Sunna (eigentlich arabisch *sunnat an-nabī*) bezeichnet die durch Berichte überlieferte »Verhaltensweise des Propheten« Mohammed. Ihr kommt eine normative Bedeutung zu, weil im Koran selbst (Sure 33:21) der Prophet als ein »schönes Vorbild« für die Menschen angepriesen wird. Die Berichte über die Verhaltensweise des Propheten, seine Aussprüche und Handlungen, werden als Hadithe bezeichnet. Sie sind deswegen besonders wichtig, weil der Koran nur relativ wenige konkrete Handlungsanweisungen für das Alltagsleben enthält. Zwischen dem 8. und dem 10. Jahrhundert haben verschiedene muslimische Traditionierer Sammlungen von Hadithen erstellt, von denen einige bis heute einen geradezu kanonischen Rang haben. Sie bilden neben dem Koran die wichtigste Textgrundlage des islamischen Werte- und Normensystems. Große Meinungsverschiedenheiten bestehen allerdings bis heute unter den Muslimen hinsichtlich der Frage der Authentizität der einzelnen Hadithe.

Die von Gott in Koran und Sunna gesetzte Ordnung wird allgemein als Scharia bezeichnet. Unterschiedliche Auffassungen bestehen allerdings darüber, welche konkreten Handlungskonsequenzen sich aus den verschiedenen Aussagen in Koran und Hadithen ergeben, insbesondere dann, wenn sie im Widerspruch zueinander zu stehen schei-

nen. Die islamische Wissenschaft, die sich mit der Gewinnung von Handlungsnormen aus Koran und Sunna für die verschiedenen Fragen des Lebens beschäftigt, wird Fiqh (»Verständnis, Einsicht, Jurisprudenz«) genannt.

Innerhalb des Fiqh haben sich schon früh verschiedene Lehrrichtungen herausgebildet. Heute werden insgesamt acht solche Lehrrichtungen, die als Madhhab bezeichnet werden, als autoritativ anerkannt. Die Fiqh-Gelehrten haben im Laufe der Jahrhunderte ein gewaltiges Korpus von Lehrtexten und Kommentaren hervorgebracht, die bis heute in der islamischen Normenlehre als Sekundärtexte herangezogen werden. Im Fiqh werden alle Handlungen aus den verschiedenen Lebensbereichen in Bewertungskategorien eingeteilt. Die wichtigsten davon sind:

1. »obligatorisch« (arabisch *fard* oder *wādschib*),
2. »empfohlen« (arabisch *mandūb* oder *sunna*),
3. »erlaubt« (arabisch *mubāh* oder *halāl*),
4. »verpönt« (arabisch *makrūh*) und
5. »verboten« (arabisch *harām*).

Gerade hinsichtlich der Bewertung der einzelnen Handlungen unterscheiden sich die verschiedenen islamischen Lehrrichtungen sehr stark.

Die Fiqh-Wissenschaft steht seit ihren Anfängen im späten 7. Jahrhundert in einem intensiven Austauschverhältnis mit der muslimischen Öffentlichkeit, und zwar insbesondere durch das sogenannte Fatwa-Wesen. Fatwas sind Auskünfte, die Gelehrte muslimischen Gläubigen zu verschiedenen normativen Fragen erteilen. Fiqh-Experten, die in dieser Weise als Auskunftgeber fungieren, werden als Muftis bezeichnet. Mit ihren Fatwas wirken die Fiqh-Experten sehr stark auf die muslimische Öffentlichkeit ein. Umgekehrt haben aber auch die muslimischen Gläubigen Einfluss auf das islamische Normensystem, weil sie sich immer wieder mit neuen Fragen an die Fiqh-Experten wenden.

Wenn Koran und Hadithe keine direkten Antworten zu diesen Fragen bereithalten, sind die Fiqh-Experten gezwungen, für ihre Fatwas eigene Anstrengungen zur Normenfindung (idschtihād) zu unternehmen, wobei sie auf bestimmte, in der islamischen Rechtslehre etablierte methodische Verfahren zurückgreifen können. Auf diese Weise befindet sich das islamische Normen- und Wertesystem in einem ständigen Fortbildungsprozess.

Gerade in neuerer Zeit ist zu beobachten, dass sich die Fiqh-Gelehrten bei der Fortbildung der Normenlehre gerne auf bestimmte universale »Zwecke der Scharia« berufen, auf die sich alle Einzelbestimmungen von Koran und Hadith zurückführen lassen. Als die wichtigsten Scharia-Zwecke gelten die Bewahrung von Leben, Religion, Familie, Vernunft und Eigentum [Kamali 2003, S. 351].

Fatwa-Erteilung und Normenfindung erfolgte bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts fast ausschließlich durch einzelne Fiqh-Experten, die dabei zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen kommen konnten. Eine neuere Entwicklung ist die Entstehung von transnationalen Fiqh-Gremien zur gemeinsamen Klärung strittiger normativer Fragen und zur kollektiven Erteilung von Fatwas. Zu den wichtigsten Gremien dieser Art gehören die 1977 gegründete Islamische Fiqh-Akademie (IFA) der Islamischen Weltliga in Mekka und die 1981 gegründete Internationale Islamische Fiqh-Akademie (IIFA) der Organisation für Islamische Zusammenarbeit (OIC) in Dschidda. Letztere verfügt insofern über eine besonders große Legitimität, als sie einer internationalen islamischen Organisation angeschlossen ist, der insgesamt 57 Mitgliedsstaaten angehören. Seit ihrer Gründung haben die beiden Fiqh-Akademien eine große Anzahl von Resolutionen zu verschiedenen religiösen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen und bioethischen Fragen verabschiedet.

Speziell für die Belange der Muslime in Europa wurde 1997 auf Initiative der Föderation der islami-

schen Organisationen Europas (FIOE) der European Council for Fatwa and Research (ECFR) gegründet, dem ca. 30 muslimische Gelehrte aus verschiedenen europäischen und außereuropäischen Ländern angehören [Nagel 2012]. Der ECFR hat seinen Sitz in Dublin und hält regelmäßige Tagungen an verschiedenen Orten Europas ab, bei denen Resolutionen verabschiedet und Fatwas erteilt werden. Auf ideeller Ebene orientiert er sich an dem Konzept des Minderheiten-Fiqh des katarischen Gelehrten Yūsuf al-Qaradāwī. Demnach macht der Minderheitenstatus der in den westlichen Ländern lebenden Muslime bestimmte normative Erleichterungen notwendig, die ansonsten für Muslime verboten wären.

Durch Entwicklung eines neuen islamischen Normensystems, das sich an der Lebensrealität der Muslime in den westlichen Ländern orientiert, soll eine »Integration ohne Assimilation« erreicht werden. Zwar wird der ECFR bis jetzt von arabischsprachigen Muslimen dominiert und repräsentiert keineswegs alle Richtungen des europäischen Islams, doch ist er aufgrund seines institutionellen Charakters, der Reputation seiner Mitglieder und seiner gemäßigten Ausrichtung bei traditionalistisch ausgerichteten Muslimen sehr angesehen und spielt eine zentrale Rolle auf dem europäischen »Markt der Fatwas« [Caeiro 2011].

>> Stellungnahmen der Fiqh-Gremien zu Fragen der Gesundheitsfürsorge

Grundsätzlich sehen sich die neu gegründeten Fiqh-Gremien auch für Fragen der Gesundheitsfürsorge zuständig. So hat zum Beispiel die IIFA

1993 und 1995 Resolutionen zu AIDS abgegeben. 1993 hat das Gremium erklärt, dass es im Falle der HIV-Infektion eines Ehepartners Pflicht sei, den anderen Ehepartner zu informieren und mit ihm bei protektiven Maßnahmen zu kooperieren (Atighetchi 2007, S. 207). In der Resolution von 1995 wurde die absichtliche Verbreitung der Krankheit zu einer großen Sünde erklärt. Staatliche Autoritäten wurden dazu aufgerufen, sie mit Strafen zu belegen. Gleichzeitig wurde der Ehefrau, deren Ehemann mit AIDS infiziert ist, das Recht erteilt, eine Auflösung der Ehe zu fordern. Diese Autorisierung zur Ehebeendigung ist insofern sehr wichtig, weil Frauen innerhalb einer islamischen Ehe grundsätzlich zu Geschlechtsverkehr verpflichtet sind und ihre Möglichkeiten zur Ehescheidung nur sehr beschränkt sind. Die Forderung nach einer sozialen Isolation von AIDS-Infizierten wurde in dem Gremium 1995 diskutiert, jedoch letztendlich abgelehnt (Atighetchi 2007, S. 209). Andere Maßnahmen zur AIDS-Prävention wurden in den islamischen Ländern lediglich auf nationalstaatlicher Ebene ergriffen (vgl. ebd., S. 210–234). Wie aus einer Resolution des Jahres 2005 hervorgeht, betrachtet der ECFR die Institution der Ehe als den wichtigsten »Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen« (ECFR Resolution Nr. 14/11, S. 139).

Der ECFR hat im Frühjahr 2005 in einer Fatwa das Rauchen und den Handel mit Tabak für verboten erklärt, und zwar mit Verweis auf die islamische Rechtsmaxime, dass man weder sich selbst noch einem anderen Schaden zufügen dürfe. Dass Rauchen die Gesundheit des Rauchers und anderer Personen durch Passivrauchen schädigt, sieht der ECFR in Anbetracht der Warnungen der internationalen Gesundheitsorganisationen als erwiesen an. Der ECFR argumentiert auch damit, dass Rauchen zu den widerwärtigen Dingen gehöre, von denen der Koran in Sure 7:157 sagt, dass sie der Prophet verbietet (ECFR Fatwa Nr. 14/1, S. 291).

In der gleichen Sitzung hat der ECFR zu einer Gesundheitsfürsorge aufgerufen, die alle ihre körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte umfasst und auch die reproduktive Gesundheit einschließen soll. Begründet wird dies mit der Aussage, dass der Islam Gesundheit und Wohlbefinden als die größte Wohltat nach dem Glauben betrachte (ECFR Resolution Nr. 14/11, S. 139).

Die IFA hat 2003 in einer Resolution Regierungen und islamische Organisationen dazu aufgerufen, die Durchführung vorehelicher Gentests zu fördern. Hintergrund ist die starke Verbreitung von genetischen Störungen und Erbkrankheiten wie Thalassämie, Favismus, Sichelzellenanämie unter der muslimischen Bevölkerung des Nahen Ostens (Aqeel 2010, S. 713). Sie ist auf die große Beliebtheit von Verwandtenehen in den Ländern des Nahen Ostens zurückzuführen (Aqeel 2010, S. 708).

Auch der ECFR hat sich mit der Frage von Gentests befasst. Er hat 2005 die Empfehlung ausgesprochen, dass Ehegatten vor der Eheschließung eine medizinische Überprüfung zur Aufdeckung von ansteckenden Krankheiten bzw. Krankheiten, die dem Zweck der Ehe entgegenstehen, durchführen sollten. Bei den Gentests warnt der ECFR allerdings auch vor negativen Effekten wie der »Aufdeckung des Verborgenen«, die seelische Schäden bei der betroffenen Person hervorrufen könnten. Es sei jedoch zulässig, wenn eine der ehewilligen Personen der anderen auferlege, einen Gentest durchzuführen (ECFR Resolution Nr. 14/2, S. 128 f.).

Auch zu Fragen medizinischer Behandlung haben sich die Fiqh-Gremien in der Vergangenheit geäußert. So hat 1992 die IIFA in einer Resolution festgestellt, dass die Verwendung von Arzneimitteln grundsätzlich legitim ist, und zwar aufgrund der Aussagen in Koran und Sunna und des universalen Scharia-Zwecks der »Bewahrung des Lebens«. Insgesamt hat die IIFA in dieser Resolution zwischen vier Arten von Fällen unterschieden:

- Die Verwendung von Arzneimitteln ist obligatorisch, wenn ihr Unterlassen zum Tod, zum Untergang von Organen oder zur Invalidität des Patienten oder der Patientin führt, oder die Krankheit ansteckend ist.
- Sie ist empfohlen, wenn ihr Unterlassen nur zu einer körperlichen Schwäche führt.
- Sie ist erlaubt, wenn keiner der beiden ersten Fälle zutrifft.
- Sie ist verpönt, wenn sie mit einem Mittel erfolgt, von dem befürchtet werden muss, dass es einen Schaden hervorruft, der größer ist als die Krankheit, die es beseitigen soll.

Gleichzeitig hat das Gremium konstatiert, dass Krankheit und Heilung nach der islamischen Glaubenslehre zwar in der Hand Gottes liegen, Verwendung von Arzneimitteln und medizinische Behandlung jedoch erlaubt sind, weil Gott sie als Mittel in der Natur bereitgestellt hat. Den Ärzten und Krankenpflegern wird in der Resolution auferlegt, ungeachtet der Heilungschancen das Selbstwertgefühl des Kranken zu stärken und sich um die Linderung seiner Schmerzen zu bemühen (IIFA Resolution Nr. 67).

In der vormodernen islamischen Welt wurden unter den Muslimen Diskussionen über die Rechtmäßigkeit von Medizin geführt. Einige Gelehrte lehnten medizinische Behandlung als ein unzulässiges und sündhaftes Eingreifen in den göttlichen Heilsplan ab und empfahlen dem Gläubigen, stattdessen auf Gott zu vertrauen (Perho 1995, S. 65–67). Aus der Tatsache, dass es die IIFA 1992 für notwendig erachtete, die Legitimität medizinischer Behandlung zu bekräftigen, lässt sich schließen, dass derartige Haltungen auch unter heutigen Muslimen noch verbreitet sind. Die Resolution Nr. 67 diente offensichtlich der Zurückweisung solch religiöser Skrupel.

In eine ähnliche Richtung geht eine Resolution, die von der IIFA 1997 verabschiedet wurde und sich mit der Frage von Heileingriffen während der

Fastenzeit befasst. Das Fasten im Monat Ramadan gehört bekanntlich zu den wichtigsten religiösen Pflichten des Islams und schließt den Verzicht auf Essen, Trinken und sexuelle Handlungen während der hellen Phase des Tages ein. Die Aufnahme von Nahrung nach Sonnenauf- bzw. vor Sonnenuntergang bewirkt einen Bruch des Fastens und macht damit diese gottesdienstliche Handlung zunichte. Schon seit Anfang des 20. Jahrhunderts waren Muftis immer wieder mit Anfragen besorgter Muslime konfrontiert, die sich danach erkundigten, ob bestimmte von ihnen in Anspruch genommene Heilmittel, die ins Innere des Körpers eindringen, eine fastenbrechende Wirkung haben (vgl. Krawietz 1991, S. 298–316). Mit ihrer Resolution von 1997 hat die IIFA versucht, in dieser Hinsicht Klarheit zu schaffen. Sie listet hier 17 Arten von Heilmitteln bzw. Untersuchungsmitteln auf, denen Unbedenklichkeit hinsichtlich des Fastengebots bescheinigt wird. Hierzu gehören Augen- und Nasentropfen, Medikamente, die man unter der Zunge zergehen lässt, Scheidenspülungen, Zäpfchen, Einläufe, Endoskope, Injektionen, Salben etc. Gleichwohl hält das Gremium in der gleichen Resolution den muslimischen Arzt dazu an, eine Behandlung mit diesen Mitteln nach Möglichkeit in die Zeit nach dem regulären Fastenbrechen zu verschieben (IIFA Resolution Nr. 93).

Zwar ist von muslimischer Seite viel über die gesundheitlichen Vorzüge des Ramadan-Fastens geschrieben worden, doch wird auch eingestanden, dass es bei bestimmten Krankheiten äußerst schädlich sein kann (Krawietz 1991, S. 292). Für Diabetiker birgt es das Risiko schwerer Hyper- und Hypoglykämien, diabetischer Ketoazidose, Dehydrierungszuständen und Thrombosen (IDF 2016, S. 42). Dieser Sachverhalt ist insofern von großer Bedeutung, als die Prävalenz von Diabetes unter Muslimen besonders hoch ist. Nach Schätzungen der Internationalen Diabetes Föderation sind

weltweit ca. 148 Millionen Muslime an Diabetes erkrankt (IDF 2016, S. 22). Nach koranischer Aussage (Sure 2:184) konstituiert Krankheit eigentlich einen Ausnahmetatbestand von der Fastenpflicht. Aufgrund der großen Bedeutung, die das Fasten im religiösen Leben der Muslime einnimmt, fastet ein Großteil der an Diabetes erkrankten Muslime trotzdem (IDF 2016, S. 21). Die IIFA hat deshalb 2009 eine Resolution über Diabetes und Fasten veröffentlicht, in der sie Diabetes-Erkrankungen in vier Risikogruppen eingeteilt hat. Für Diabetiker, bei denen ein sehr hohes oder hohes Risiko besteht, dass das Fasten zu Komplikationen führt, ist das Fasten demnach verboten. Diabetiker, bei denen nur ein mittleres oder geringes Risiko von Komplikationen besteht, sollen dagegen nicht von der Fastenpflicht befreit sein (vgl. Beshyah 2009).

» Stellungnahmen des ECFR zu Fragen von Körper und Sexualität

In den Resolutionen und Fatwas des ECFR erfahren auch körper- und sexualitätsbezogene Fragen große Beachtung. Eine sehr wichtige Rolle spielen insbesondere die Verhüllungs Vorschriften. Der Teil des Körpers, der nach der islamischen Normenlehre immer verhüllt sein muss, wird auf Arabisch 'Aura' (»Schambereich, Blöße«) genannt. Während die 'Aura beim Mann den Bereich zwischen Bauchnabel und Knie umfasst (ECFR Resolution Nr. 4/5, S. 49), ist die 'Aura der Frau von der Situation abhängig. Wenn nur Frauen zugegen sind, beschränkt sie sich wie beim Mann auf den Bereich zwischen Bauchnabel und Knien (Resolution Nr. 17/2, S. 312). Wenn die Frau dagegen mit Männern zusammentrifft, die

nicht in einem die Ehe ausschließenden verwandtschaftlichen Verhältnis zu ihr stehen, muss sie ihren gesamten Körper mit Ausnahme von Gesicht und Händen verhüllen (Fatwa Nr. 7/4, S. 259 f.), weil der übrige Teil des Körpers als 'Aura gilt (Fatwa Nr. 17/10, S. 316 f.).

In der islamischen Normenlehre wird beim Verhältnis zwischen Mann und Frau eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen heiratbaren und – aufgrund von Verwandtschaft – nicht heiratbaren Personen getroffen. Letztere werden auf Arabisch mahram genannt. Vor mahram-Männern muss die Frau nur den Bereich zwischen Knien und Schultern bedecken, alle anderen Körperteile darf sie vor ihnen enthüllen. Zu den Personen, die aus der Perspektive der Frau mahram, also nicht heiratbar, sind, gehören der eigene Vater, die eigenen Söhne, Brüder, Onkel, die Ehemänner von Schwester, Mutter und Tochter sowie alle Männer, die in einem analogen »milchverwandtschaftlichen« Verhältnis zu ihr stehen.

Das Konzept der Milchverwandtschaft ist eine Besonderheit des Islams. Es geht davon aus, dass durch Stillen zwischen den daran beteiligten Personen ein verwandtschaftliches Verhältnis entsteht, das der Blutsverwandtschaft gleichwertig ist (Franke 2010, S. 89 f.). Bis heute wird Milchverwandtschaft von einigen Muslimen strategisch als Mittel eingesetzt, um die strikten Verhüllungs Vorschriften, die für nicht-mahram-Personen gelten, zu umgehen. Der ECFR hat 2013 in dem Fall einer unfruchtbaren Frau, die einen Jungen in ihren Haushalt aufgenommen hatte, entschieden, dass ein Mahram-Verhältnis auch durch eine mit Medikamenten induzierte Laktation begründet werden kann (Fatwa Nr. 23/2).

Die einzige Person, die die Frau völlig unverhüllt sehen darf, ist ihr Ehemann. Hadithe, wonach der Mann das Geschlechtsteil seiner Ehefrau nicht sehen darf, hat der ECFR als »schwach« zurückgewiesen (Fatwa Nr. 1/7, S. 196 f.).

Der ECFR legt das islamische Verhüllungsgebot in der Weise aus, dass es auch muslimische Männer verpflichtet, sich möglichst dem Anblick unverhüllter weiblicher Körperteile zu entziehen. Einem Bademeister in einem gemischtgeschlechtlichen Schwimmbad, der durch seine Arbeit regelmäßig unverhüllte Frauen sieht, hat das Gremium 2007 empfohlen, nach Möglichkeit seinen Arbeitsplatz zu wechseln, mit dem Argument, dass das »Sehen der Blößen von Frauen« etwas ist, vor dem die Scharia warnt (Fatwa Nr. 17/10, S. 316 f.). Insgesamt definiert der ECFR für den Umgang zwischen den Geschlechtern folgende Regeln:

- Chalwa, d. h. das Alleinsein eines Mannes mit einer heiratbaren Frau an einem Ort, der von anderen nicht eingesehen werden kann, ist verboten. Dies wird mit dem Hadith begründet, demgemäß sich in dem Falle, dass ein Mann mit einer Frau alleine ist, als Dritter der Satan einstellt.
- Zur Vermeidung von sexueller Erregung und Versuchung soll gesichert werden, dass es zwischen Männern und Frauen, die in einem heiratbaren Verhältnis zueinanderstehen, nicht zu einer körperlichen Berührung kommt, etwa in einem Gedränge.
- Die Frau muss ihren gesamten Körper mit Ausnahme von Gesicht und Händen verhüllen, wenn sie mit Nicht-Mahram-Männern zusammentrifft.
- Die Frau soll in Rede und Bewegungen Anstand bewahren, um nicht die Triebe des Mannes zu erregen. Dies wird mit verschiedenen Koranworten begründet, in denen Frauen dazu aufgefordert werden, nicht unterwürfig zu reden, »damit nicht jemand, in dessen Herzen eine Krankheit ist, begehrlieh wird« (Sure 33:32), bzw. nicht auf den unter der Kleidung verborgenen Schmuck aufmerksam zu machen (Sure 24:31).

Wenn sich Männer und Frauen an diese Regeln hielten, so wird in der Fatwa abschließend mitgeteilt, sei nichts gegen einen Umgang zwischen ihnen

einzuwenden (Fatwa Nr. 7/4, S. 259 f.). Frauen sollen auch ohne weiteres mit Männern bei Bedarf sprechen dürfen (Fatwa Nr. 1/11, S. 201). An den erteilten Fatwas lässt sich erkennen, dass der ECFR die Vermeidung von Fitna (»sexuelle Versuchung«) als eines der wichtigsten Ziele bei den Regeln für den Umgang zwischen Mann und Frau betrachtet und der Frau dabei die Hauptverantwortung auflastet. 2014 hat das Gremium unter Bezugnahme auf den europäischen Usus entschieden, dass Händeschütteln zwischen Männern und Frauen erlaubt ist, wenn keine Fitna im Spiel ist (Resolution Nr. 24/9).

Eine separate Resolution des ECFR aus dem Jahr 2014 befasst sich mit der Beurteilung der ärztlichen Behandlung von Muslimen durch Nicht-Muslime sowie durch Personen des anderen Geschlechts. Das Thema war bereits 1993 Gegenstand einer Resolution der IIFA. Die IIFA hatte erklärt, dass Patientinnen grundsätzlich von muslimischen Ärztinnen untersucht werden sollten. Wenn keine muslimische Ärztin mit der betreffenden fachlichen Ausrichtung zur Verfügung stehe, könne man auf eine vertrauenswürdige nicht-muslimische Ärztin ausweichen. Wenn auch diese nicht zur Verfügung stehe, komme als nächste Möglichkeit ein muslimischer Arzt in Frage. Schließlich sei als letzte Möglichkeit ein nicht-muslimischer Arzt in Betracht zu ziehen. Bei der Untersuchung ihres Körpers solle er seinen Blick möglichst von allem abwenden, was er nicht unbedingt sehen müsse. Außerdem solle zur Vermeidung der Chalwa entweder ein Mahram, der Ehemann oder eine vertrauenswürdige Frau zugegen sein (IIFA Resolution Nr. 81).

Der ECFR hat nun in seiner Resolution von 2014 erheblich weniger strenge Regeln festgelegt. Er sieht es grundsätzlich als zulässig an, dass sich ein Muslim bei einem nicht-muslimischen Arzt behandeln lässt. Für den Fall, dass der Arzt ein anderes Geschlecht hat als der Patient, empfiehlt das

Gremium, sich vor der verbotenen Chalwa in Acht zu nehmen, Anstand zu wahren, verbotene Enthüllung zu vermeiden und die Regeln für das Zusammenreffen von Mann und Frau zu berücksichtigen (Resolution Nr. 24/6). Schon 2007 hat sich der ECFR in einer Fatwa mit der Frage beschäftigt, ob im Zusammenhang mit einer medizinisch gebotenen Massage eine Aufdeckung der weiblichen 'Aura' erlaubt sei. In seiner Antwort hat er bekräftigt, dass im Falle, dass eine solche Massage von einer Frau vorgenommen wird, ein Teil der 'Aura' aufgedeckt werden dürfe, der Bereich der Geschlechtsorgane und des Anus jedoch bedeckt bleiben müsste. Ob die behandelnde Frau eine Muslimin sei oder nicht, spiele keine Rolle (Fatwa Nr. 17/2, S. 312).

Ausübung von Sport wird vom ECFR sehr positiv beurteilt. Nach Ansicht des Gremiums ist Sport mindestens zulässig, wenn nicht sogar empfohlen oder obligatorisch. Dies wird damit begründet, dass »der Gottesgesandte seine Gemeinschaft zu verschiedenen Sportarten angehalten hat, die die Gesundheit erhalten und die Gemeinschaft stärken« (Fatwa Nr. 7/1, S. 257).

Einschränkungen hält der ECFR allerdings für bestimmten Bewegungsformen bei Frauen für notwendig. Wenn Tanzen sexuell erregenden Charakter hat, soll es nicht zulässig sein, insbesondere nicht bei Anwesenheit von heiratbaren Männern (Fatwa Nr. 1/15, S. 206). Vorbehalte hat der ECFR auch hinsichtlich des Fahrradfahrens geäußert. 1997 hat er in einer Fatwa diese Bewegungsform für Frauen zwar grundsätzlich erlaubt, die Erlaubnis jedoch daran gebunden, dass die Frau die islamischen Kleidungs Vorschriften einhält und körperlichen Berührungen aus dem Weg geht. Bei jungfräulichen Mädchen müsse außerdem sichergestellt sein, dass durch das Fahrradfahren nicht ihr Hymen zerstört werde (Fatwa Nr. 1/13, S. 204).

Die Fatwa zeigt zusammen mit ihrem Anfrageteil zwei Dinge: 1., dass weibliches Fahrradfahren bei

vielen Muslimen immer noch im Ruf des Unmoralischen steht und 2., dass das Hymen bis heute seine Rolle als Symbol der Reinheit der unverheirateten Frau behalten hat. Vor einer übermäßigen Konzentration auf das Hymen als Nachweis für die Jungfräulichkeit der Frau hat der ECFR allerdings gewarnt. Wenn ein Mann nach der Eheschließung feststelle, dass seine Ehefrau das Hymen verloren hat und sie beim Koran schwört, dass sie keinen vorehelichen Geschlechtsverkehr hatte, sondern das Hymen z. B. bei sportlicher Betätigung verloren hat, dann habe er die Pflicht, ihr das zu glauben, und solle sich davor hüten, eine Scheidung in Erwägung zu ziehen (Fatwa Nr. 1/14, S. 204 f.).

Die Ehe ist nach Auffassung des ECFR im Islam der einzige Weg zur Gründung einer Familie und das einzige akzeptierte Mittel zur Erfüllung der sexuellen Bedürfnisse für die Jugend. Erlaubte sexuelle Beziehungen, die der Erfüllung dieser Bedürfnisse dienen, seien als gottesdienstliche Handlung einzustufen, für die die Ehepartner im Jenseits belohnt werden sollen. Jede sexuelle Beziehung außerhalb einer religionsgesetzlichen Ehe wird von dem Gremium dagegen als unislamisch abgelehnt (Resolution Nr. 14/11, S. 139). Ehe wird vom ECFR als ein Vertrag definiert, der grundsätzlich auf Dauer angelegt ist und nur dann aufgekündigt werden soll, wenn eingetretene Umstände die Aufrechterhaltung unmöglich machen. Kurzzeitehen, wie sie von einigen Muslimen praktiziert werden, hält der ECFR dagegen für verboten. Das Gremium betont in diesem Zusammenhang auch die Notwendigkeit, Ehen nicht nur in islamischen Zentren zu schließen, sondern sie auch standesamtlich eintragen zu lassen (Fatwa Nr. 17/7, S. 314 f.).

Bewahrung der Keuschheit im Sinne der Enthaltung von außerehelichem Geschlechtsverkehr hält der ECFR für obligatorisch. Personen, die damit Probleme haben, empfiehlt das Gremium, sich um eine Eheschließung zu bemühen. Die Anfrage

eines Muslims, ob es zulässig sei, Medikamente zu nehmen, die das sexuelle Verlangen herabsetzen, beantwortet das Gremium bejahend, knüpft die Einnahme der Medikamente jedoch daran, dass sie nicht die Gesundheit schädigen und das sexuelle Verlangen nicht dauerhaft herabsetzen dürfen (Fatwa Nr. 13/5, S. 285 f.). Zusammen mit ihrem Anfrageteil zeigt diese Fatwa, dass das islamische Keuschheitsgebot für einige Muslime auch zur psychischen Belastung werden kann.

Immerhin gesteht der ECFR den muslimischen Gläubigen noch eine andere Möglichkeit zu, um sich von sexuellem Druck zu befreien, nämlich die Masturbation. In einer Fatwa aus dem Jahre 1998, in der diese sexuelle Praktik sehr ausführlich erörtert wird, weist das Gremium zunächst darauf hin, dass Masturbation in der Vergangenheit von den muslimischen Gelehrten sehr unterschiedlich beurteilt worden sei. Das Spektrum schließe die folgenden Meinungen ein: (1) verboten; (2) verpönt, ohne dass aber der Masturbierende eine Sünde auf sich lädt; (3) erlaubt bei der Gefahr, dass die masturbierende Person sonst dem Vergehen des außerehelichen Geschlechtsverkehrs (zinā) verfällt; (4) obligatorisch, wenn es die einzige Möglichkeit ist, den größeren Schaden des Zinā abzuwenden. Der ECFR selbst schließt sich der Auffassung (2) an, mit der Begründung, dass es keinen religiösen Text gibt, der Masturbation explizit verbietet. Außerdem haben einige anerkannte frühere Gelehrte es für zulässig erklärt. Wenn das sexuelle Begehren so stark sei, dass es ständig den Geist beschäftige, habe die betreffende Person sogar das Recht zur Masturbation, und die Handlung verliere den Charakter der Verpöntonheit. Wenn jedoch die Masturbation zur Gewohnheit werde, dann bestehe die Gefahr, dass sie zu einer »gefährlichen Krankheit« werde, sodass sich der Mann schließlich von der Frau abwende. In diesem Fall müsse sich der Muslim bemühen, die Maßnahmen zu ergreifen, mit denen man sich nach dem

religiösen Gesetz vor dieser Praktik zu schützen habe, nämlich die Ehe, das Fasten oder die keusche Selbstbeherrschung (Fatwa Nr. 2/2 S. 217 f.).

Eine relativ große Freizügigkeit zeigt sich bei den Themen Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch. Die IIFA hat schon 1988 in einer Resolution erklärt, dass gegen eine zeitlich beschränkte Empfängnisverhütung nichts einzuwenden sei (Resolution Nr. 39). Der ECFR hat sich dieser Auffassung 2003 angeschlossen und klargestellt, dass zu den erlaubten Empfängnisverhütungsmitteln auch die Hormonspirale gehöre. Unzulässig sei lediglich eine Ligatur der Eileiter, weil sie die Fortpflanzungsfähigkeit der Frau endgültig beschneide. Zulässig sei eine solche Operation nur bei medizinischer Indikation (Fatwa Nr. 10/3, S. 264).

Schwangerschaftsabbruch ist nach Auffassung des ECFR grundsätzlich nicht erlaubt. Vor dem 120. Tag, so urteilt das Gremium, stelle er allerdings nur eine geringe Sünde (ithm) dar, für die man Gott um Vergebung bitten solle. Der Frau wird empfohlen, in diesem Fall eine Almosenzahlung zu leisten, weil, wie es im Koran (Sure 11:114) heißt, »gute Taten die schlechten dahinschwinden lassen«. Nach dem 120. Tag, so das Gremium, ist Schwangerschaftsabbruch aber strikt verboten und stellt eine Tötung dar, die eine Blutgeldzahlung von 500 Dirham oder ca. 213 Gramm Gold erforderlich macht. Sie soll an den Erben geleistet werden, der nicht an dem Schwangerschaftsabbruch beteiligt war. Eine Ausnahme gilt nur dann, wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist (ECFR Fatwa Nr. 2/6, S. 223 f.). Auch bei Vorliegen einer Behinderung des Kindes ist nach Ablauf von vier Monaten ein Schwangerschaftsabbruch nicht mehr zulässig. Der ECFR folgt hier einer Resolution der IIFA (Fatwa Nr. 10/4, S. 265). Wie der ECFR 2014 klargestellt hat, sollen die gleichen Regeln auch für den Fall einer Vergewaltigung gelten. In diesem Fall wird der Schwangerschaftsabbruch vor dem 120. Tag allerdings nicht als Sünde bewertet (Fatwa Nr. 24/2).

» Handlungskonsequenzen für die Gesundheitsfürsorge in Deutschland

Die Frage der neuen Aufgaben

Welche neuen Aufgaben ergeben sich nun durch den Zustrom muslimischer Migrantinnen und Migranten für die Gesundheitsfürsorge in Deutschland? Insgesamt lässt sich konstatieren, dass das islamische Normensystem in seiner heutigen Auslegung in vielen Punkten Übereinstimmung mit den Zielen der Gesundheitsförderung in Deutschland aufweist. Dass der ECFR wie einige andere Fatwa-Gremien das Rauchen für verboten erklärt hat, dürfte sich positiv für die Förderung des Nichtrauchens unter den Muslimen auswirken. Auch Programme zur Alkoholprävention dürften bei religiösen Muslimen auf keine Vorbehalte stoßen. Im Islam gilt ein generelles Alkoholverbot, das nicht nur den Konsum, sondern auch den Verkauf berauschender Getränke einschließt (ECFR Fatwa Nr. 2/9, S. 226 f.). Der ECFR legt dieses Verbot so streng aus, dass er einem Muslim, der ein alkoholisches Getränk geschenkt bekommt, auferlegt, dieses auszugießen und nicht zu verschenken (Fatwa Nr. 17/8, S. 315 f.).

Grundsätzlich ist durch die islamische Normenlehre auch ein Minimum an täglicher Bewegung sichergestellt, denn das fünfmalige Ritualgebet schließt einen Zyklus von Bewegungen (Rumpfbeugen, Prostrationen) ein, der einige Ähnlichkeiten mit Yoga aufweist und an denen verschiedene Muskelgruppen des Körpers beteiligt sind (Franke 2016, S. 30–40). Die befürwortende Haltung des ECFR zum Sport zeigt, dass den religiösen Autoritäten des Islams die gesundheitsfördernde Wirkung körperli-

cher Bewegung bewusst ist und sie muslimischen Gläubigen, die sich in dieser Weise betätigen wollen, grundsätzlich keine Steine in den Weg legen.

Einschränkungen können sich allerdings bei Frauen ergeben, weil bei bestimmten Bewegungsformen wie Tanzen, Fahrradfahren und Schwimmen eine Verletzung der islamischen Verhüllungs- und Segregationsvorschriften bzw. ein Verlust des Jungfernhütchens befürchtet wird. Eine erst kürzlich durchgeführte Untersuchung zu Frauensport im Islam kommt zu dem Ergebnis, dass muslimische Frauen, die dem Schwimmsport nachgehen möchten, sich oft mit Kritik und Widerständen in ihrer Umgebung auseinandersetzen müssen (Franke 2016, S. 63). Durch den Burkini, eine Art Ganzkörperbadeanzug, der in den letzten Jahren entwickelt wurde, ist ein Teil dieser Probleme mittlerweile gelöst. Der Burkini ermöglicht es muslimischen Frauen, Schwimmsport zu treiben, ohne die islamischen Verhüllungsvorschriften zu verletzen. Allerdings ist die Akzeptanz für dieses Kleidungsstück in den öffentlichen Schwimmbädern in Deutschland immer noch sehr gering. In vielen Einrichtungen ist er verboten, in anderen, in denen er erlaubt ist, sehen sich Burkini-Trägerinnen Beschimpfungen durch andere Badegäste ausgesetzt (ebd., S. 119). Eine Gesundheitsfürsorge, die das Konzept der Religionssensibilität ernst nimmt, muss darauf hinwirken, dass die Akzeptanz für dieses Kleidungsstück in den öffentlichen Schwimmbädern steigt, weil sonst die Sport- und Bewegungsmöglichkeiten für muslimische Frauen und Mädchen stark eingeschränkt sind.

Außerdem wünschen sich viele muslimische Frauen mehr Möglichkeiten, von Männern segregiert Sport treiben zu können. Wenn erreicht werden soll, dass mehr Musliminnen am Sport teilnehmen, dann bildet die Schaffung von solchen segregierten Trainingsmöglichkeiten einen wichtigen Ansatzpunkt (ebd., S. 118, S. 126).

Anteil der der Verwandtenehen

	Syrien	Afghanistan	Irak
Anteil der Verwandtenehen insgesamt.	35,4 %	46,2 %	57,9 %
Ehen zwischen Cousins und Cousinen ersten Grades.	20,9 %	27,8 %	30 %
Ehen, bei denen Eheleute über beide Elternteile Cousins und Cousinen ersten Grades sind.	7,8 %	6,9 %	? %

>> Tab 1: Anteil der der Verwandtenehen unter der Gesamtzahl der Ehen bei neuen muslimischen Zuwanderern (Quellen: Othman und Saadat 2009; Saify und Saadat 2012; Atighetchi 2007)

Ein weiteres Thema, das in der Gesundheitsfürsorge größere Aufmerksamkeit erhalten sollte, sind die gesundheitlichen Risiken, die das Ramadan-Fasten für Diabetiker mit sich bringt. Wie die Resolution der IIFA zeigt, die sich mit dem Fasten im Ramadan befasst, sieht das Gremium die Notwendigkeit, Diabetiker, die sich durch eine übermäßig strikte Befolgung des Fastengebotes selbst in Gefahr bringen, vor Schäden für Leben und Gesundheit zu schützen. Die Internationale Diabetiker Föderation hat in Zusammenarbeit mit der Internationalen Allianz Diabetes and Ramadan (DAR) Leitlinien für das Diabetes-Management im Ramadan entwickelt. Diese Leitlinien, die 2016 veröffentlicht wurden und auch einen speziellen Ramadan-Ernährungsplan für Diabetiker einschließen, können in der deutschen Gesundheitsfürsorge als Orientierung dienen.

Angesichts der Tatsache, dass Prävention von Erbkrankheiten bereits zum Gegenstand von Resolutionen der Fiqh-Gremien geworden ist, stellt sich darüber hinaus die Frage, ob nicht auch die Gesundheitsfürsorge in Deutschland dieser Problematik noch größere Aufmerksamkeit schenken muss. Nach einer Schätzung aus dem Jahr 2006 machen Verwandtenehen 20 bis 70 % aller Ehen in den Ländern des Nahen Ostens mit muslimischer Mehr-

heitsbevölkerung aus (Aqeel 2010, S. 708). Wie die Tabelle 1 zeigt, ist gerade in den Ländern Syrien, Afghanistan und Irak, aus denen besonders viele der neuen muslimischen Zuwanderer stammen, der Anteil der Verwandtenehen unter der Gesamtzahl der Ehen sehr hoch.

Die Beliebtheit der Verwandtenehen unter den Muslimen lässt sich kaum mit religiösen Normen erklären, sondern ist eher sozial und ökonomisch motiviert. Hinter ihnen steht meistens der Wunsch, die Familienbande zu stärken, Streitigkeiten innerhalb des Ehepaars leichter schlichten zu können und den Familienbesitz zusammenzuhalten (Atighetchi 2007, S. 254). Wie Studien in Großbritannien gezeigt haben, ist die Tendenz, solche Verwandtenehen zu schließen, in der Migrationssituation häufig noch größer als im Heimatland (ebd., S. 259).

Angesichts dessen erscheint es zweckmäßig, dass sich die Gesundheitsfürsorge in Deutschland mit dem Problem von Verwandtenehen noch stärker auseinandersetzt und gegebenenfalls Aufklärungskampagnen für Migrantinnen und Migranten aus den Ländern des Nahen Ostens startet, in denen auf die Erbkrankheitsrisiken von Verwandtenehen und die Möglichkeiten für eine humangenetische Beratung hingewiesen wird. Das Problem der

Verwandtenehen wurde bereits auf einer früheren Tagung der BZgA mit Bezug auf die türkische Minderheit in Deutschland thematisiert. Dabei wurde eine Statistik zugrunde gelegt, nach der der Anteil der Verwandtenehen bei Türken bei 21,9 % liegt (Yadigaroglu 2012). Im Zusammenhang mit der neuen Zuwanderung aus Ländern, in denen der Anteil der Verwandtenehen und dementsprechend auch der Inzuchts-Koeffizient erheblich höher sind, erscheint die Notwendigkeit, über dieses Problem aufzuklären, heute noch dringlicher.

Rücksichtnahme auf islamische Normen als Beitrag zur Salutogenese

Ob und wie weit eine Ausrichtung am islamischen Normensystem ein Kohärenzgefühl im Sinne der Salutogenese befördert, ist bisher noch nie untersucht worden. Man kann nur mutmaßen, dass sich einige der islamischen Normen wie das Alkohol- und Rauchverbot und möglicherweise auch der tägliche Rhythmus des Ritualgebets positiv auf die Gesunderhaltung auswirken.

Für die Gesundheitsfürsorge in Deutschland ist jedoch eine andere Frage wichtiger. In neueren Studien zur Salutogenese ist die große Bedeutung, die dem Zugehörigkeitsgefühl als Gesundheitsressource zukommt, hervorgehoben worden (Krause und Mayer 2012, S. 54–65). Die Frage muss also lauten: Wie kann in öffentlichen Einrichtungen muslimischen Migrantinnen und Migranten ein Zugehörigkeitsgefühl vermittelt werden? Zugehörigkeitsgefühl entsteht, wenn erfüllende Bindungen und ein tiefes Vertrauen zu anderen Menschen vorhanden sind und das Individuum von seinen Mitmenschen positive Resonanz auf sein Dasein erhält (Krause 2007). Positive Erfahrungen dieser Art kann das Individuum in Partnerschaft und Familie machen, wichtig ist aber auch eine positive Interaktion

mit der umgebenden Gesellschaft. In westlichen Gesellschaften lebende Muslime sehen sich seit den Terroranschlägen vom 11. September 2001 verstärkt Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen ausgesetzt (Bielefeldt 2010, S. 197). Diese Erfahrungen und eine diffuse Angst vor dem Islam auf Seiten von Nicht-Muslimen können in manchen Fällen den Aufbau von Vertrauensbeziehungen erschweren.

Um in öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitsbereichs das Zugehörigkeitsgefühl von Muslimen zu fördern, bedarf es vor allem einer stärkeren Anerkennung und Wertschätzung ihrer Religion. Dies kann dadurch zum Ausdruck gebracht werden, dass islamische Symbole wie zum Beispiel der Halbmond neben den Symbolen anderer Religionen in die Gestaltung des öffentlichen Raums einbezogen werden. Noch wichtiger ist jedoch die Rücksichtnahme auf islamische Normen in Pflegesituationen. Al-Masri und Walter (2013, S. 285 f.) empfehlen für den religionssensiblen Umgang mit muslimischen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus u. a. die folgenden Maßnahmen:

- Schaffung einer Möglichkeit für das Verrichten der fünf Pflichtgebete,
- Berücksichtigung des Schamgefühls der muslimischen Patientinnen und Patienten,
- Einsatz von Männern für Männer und Frauen für Frauen in der Pflege,
- Berücksichtigung der islamischen Ernährungsvorschriften,
- weitest mögliche Vermeidung von konfliktträchtigen Heilmitteln (Medikamente auf Alkoholbasis oder mit Schweinegelatine),
- Berücksichtigung der islamischen Pflicht des Krankenbesuchs in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und
- Zusammenarbeit mit muslimischen Seelsorgern, die den muslimischen Patientinnen und Patienten Beistand leisten können.

Was Al-Masri und Walter (2013, S. 282 f.) als »Schamgefühl« der muslimischen Patientinnen und Patienten bezeichnen, entspricht ungefähr den vom ECFR definierten Verhüllungsvorschriften und Regeln für den Umgang zwischen den Geschlechtern, wie sie vorher wiedergegeben wurden.

Hinsichtlich der Berücksichtigung der islamischen Ernährungsvorschriften muss beachtet werden, dass die Einhaltung dieser Vorschriften ein bedeutendes Feld muslimischer Religionspraxis bildet und viele Muslime Halal-Ernährung (von arabisch *halāl* »erlaubt«) als »Gottesdienst« betrachten (Schrode 2010, S. 11 und S. 256–264). Der Halal-Charakter der Nahrung wird dabei nicht nur daran festgemacht, dass sie kein Schweinefleisch und keine alkoholhaltigen Substanzen enthält, sondern auch frei von »unreinen« Substanzen wie Gelatine ist.

Darüber hinaus legen religiöse Muslime auch sehr großen Wert darauf, dass die Tiere, deren Fleisch sie essen, auf eine bestimmte Weise geschlachtet wurden. Gemäß den Resolutionen der IIFA und des ECFR darf Fleisch von Muslimen nur dann gegessen werden, wenn bei der Schlachtung ein spezieller Ritus eingehalten wurde, der *Dhakāt* oder *Tadhkiya* genannt wird. Zu den Voraussetzungen für die Gültigkeit dieses Ritus gehört, dass 1. der Schlachtende ein Muslim, Christ oder Jude ist, 2. die Schlachtung mit einem scharfen Gegenstand erfolgt, der dazu geeignet ist, das Tier ausbluten zu lassen und 3., dass bei der Schlachtung der Name Allahs angerufen wurde. Tiere, die von nicht-religiösen Menschen (Atheisten, Apostaten) oder Polytheisten geschlachtet wurden, dürfen nach Auffassung der beiden *Fiqh*-Gremien nicht gegessen werden (ECFR Resolution Nr. 23/1 von 2013).

Wie ein Überblick der DIK zu religionssensiblen sozialen Dienstleistungen in Deutschland zeigt, bieten bisher erst nur sehr wenige Pflegeeinrichtungen Halal-Kost an (DIK 2015, S. 16 und S. 137).

In Krankenhäusern fehlt Halal-Kost fast vollständig. Die Folge ist, dass muslimische Patientinnen und Patienten das Fleischessen in Krankenhäusern häufig aus religiösen Gründen ablehnen und sich von ihren Angehörigen Fleischgerichte mitbringen lassen (Al-Masri und Walter 2013, S. 285). Der ECFR hat 2011 die europäischen Staaten dazu aufgerufen, »die Identität der Muslime bei ihren Speisen zu respektieren und ihnen als Bürgern dabei zu helfen, die Speisen und Getränke zu erhalten, die mit ihrer Scharia übereinstimmen« (Resolution Nr. 21/2). Es wird wohl kaum möglich sein, derartige Wünsche in allen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zu erfüllen.

Eine Verbesserung der Situation könnte sich jedoch in den nächsten Jahren ergeben, wenn auf der Ebene der DIK diskutierte Pläne zur Schaffung eines islamischen Wohlfahrtsverbandes (vgl. dazu Raïssi 2015) umgesetzt werden. Ein solcher islamischer Wohlfahrtsverband (vgl. dazu auch Ceylan und Kiefer 2016) könnte zukünftig analog zu den beiden kirchlichen Wohlfahrtsverbänden (Caritasverband und Diakonisches Werk) eigene Einrichtungen des Gesundheitswesens unterhalten und dort selbstständig für die Einhaltung islamischer Ernährungsvorschriften sorgen. Solange derartige Strukturen nicht aufgebaut sind, muss damit gerechnet werden, dass muslimische Patientinnen und Patienten weiter stark auf Selbstversorgung setzen, und man sollte ihnen dabei so weit wie möglich entgegenkommen.

Ein weiterer Punkt, der im Zusammenhang mit dem Salutogenese-Konzept berücksichtigt werden sollte, ist die Tatsache, dass Erkrankung und Heilung von vielen Muslimen als religiöses Geschehen wahrgenommen wird. Diese Auffassung kommt auf offizieller Ebene in der oben zitierten Resolution der IIFA von 1992 zum Ausdruck, der zufolge »Krankheit und Heilung nach der islamischen Glaubenslehre in der Hand Gottes liegen«. Mit der sogenannten

»Prophetischen Medizin« existiert auch eine eigenständige islamisch-religiöse Heiltradition, die darauf setzt, durch bestimmte religiöse Handlungen Krankheit abzuwenden und den Heilungsprozess zu befördern (vgl. Perho 1995).

Zu den religiösen Handlungen, die in der Prophetischen Medizin besonders empfohlen werden, gehören von Mohammed überlieferte Beschwörungsformeln, die auf Arabisch Ruqya genannt werden und gegen Krankheiten helfen sollen. Die meisten dieser Beschwörungsformeln enthalten bestimmte Verse oder Suren des Korans, denen eine Heilwirkung zugeschrieben wird (Speziale 2010, S. 200 f.). Die Vorstellung von der therapeutischen Wirkung des Korans stützt sich auf den Koran selbst, in dem es heißt: »Wir senden vom Koran herab, was Heilung und Barmherzigkeit ist für die Gläubigen« (Sure 17:82). Beschwörungsformeln mit koranischen Bestandteilen werden auch zur Abwendung der negativen Folgen des Bösen Blicks und gegen Dämonen (Dschinn), die nach einer verbreiteten Vorstellung Krankheiten und Besessenheitszustände hervorrufen können (vgl. El-Zein 2009, S. 53–69), angewandt.

Daneben kommen in der Prophetischen Medizin bestimmte pflanzliche, tierische und mineralische Heil- und Nahrungsmittel zur Anwendung, von denen überliefert wird, dass sie der Prophet empfohlen hat (vgl. den Überblick bei Al-Masri und Walter 2013, S. 173–206). In vielen Punkten lehnt sich die Prophetische Medizin auch an die Methoden der antiken griechischen Medizin an (Ullmann 1970, S. 185). So hat sie zum Beispiel aus der griechischen Medizin das Konzept der sechs nicht-naturgegebenen Dinge übernommen, die der Mensch im Ausgleich halten muss, um seine Gesundheit zu erhalten. Diese sechs nicht-naturgegebenen Dinge sind 1. Luft, 2. Speise und Trank, 3. Bewegung und Ruhe, 4. Schlafen und Wachen, 5. Körperausscheidungen und 6. Gemütsbewegungen (Bummel 1999, S. 115).

Aufgrund der neuen Zuwanderung von Muslimen ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren die Prophetische Medizin und damit verwandte Heiltraditionen in Deutschland als neue Formen der Komplementärmedizin an Bedeutung gewinnen werden. Schon jetzt haben viele muslimische Patientinnen und Patienten das Bedürfnis, parallel zur medizinischen Therapie traditionelle Heilangebote wahrzunehmen (vgl. dazu Assion 2004, S. 129). Innerhalb der westlichen Ärzteschaft bestehen sehr unterschiedliche Einstellungen gegenüber derartigen traditionellen Heilmethoden, die von völliger Ablehnung bis zu Toleranz und Kooperationsbereitschaft reichen (Assion 2004, S. 131–134). Da es sich bei der Prophetischen Medizin um eine religiös fundierte Medizin handelt, die einen integrativen und regulativen Charakter hat (im Sinne von Spranger 2014), darf ihre Bedeutung als Ressource für die Salutogenese nicht unterschätzt werden. Sofern sich durch sie keine nachteiligen Auswirkungen für Therapien ergeben, sollte sie soweit wie möglich im Gesundheitsbereich toleriert werden.

Religionssensible Massenkommunikation: Was bei Muslimen Probleme aufwerfen kann

Für den Bereich der Massenkommunikation werden hier nur einige wenige Empfehlungen ausgesprochen. Eine Frage, die häufig gestellt wird, betrifft die Verwendung von Bildern. Ergeben sich für die Erstellung didaktischen Materials Einschränkungen durch das islamische Bilderverbot? Auch der ECFR war 2007 mit einer diesbezüglichen Anfrage konfrontiert: Ein Muslim hatte von der Ansicht gehört, dass es nach der islamischen Lehre nicht zulässig sei, Bilder von Lebewesen wie Menschen und Tieren herzustellen, und dementsprechend auch Kinder dies in den Schulen nicht tun dürften.

Das Gremium hat diese Auffassung in seiner Fatwa zurückgewiesen und die Verwendung von Bildern für didaktische Zwecke mit Verweis auf ihren großen Nutzen für zulässig erklärt. Das islamische Bilderverbot erstreckt sich nach seiner Auffassung nur auf Statuen, die der Verehrung oder Verherrlichung dienen (Fatwa Nr. 17/6, S. 314). Zwar gibt es bis heute immer noch einzelne muslimische Geistliche, die jegliche Art der Abbildung von Lebewesen, sogar Photographien, verbieten, doch sind ihre Stellungnahmen innerhalb der islamischen Öffentlichkeit nicht sehr einflussreich (Naef 2007, S. 120 f., S. 134). Es besteht insofern kein Grund, in Medien der Gesundheitskommunikation mit Rücksicht auf Muslime auf die Verwendung von Bildern zu verzichten.

Sehr wohl aber sollte überlegt werden, inwieweit in Medien der Sexualaufklärung, die sich an Muslime richten, auf Bilder zurückgegriffen wird. Der ECFR hat 2005 in einer Resolution, die sich speziell mit Sexualerziehung befasst, konstatiert, dass »der Islam in keinem Fall zulasse, dass Sexualerziehung Bilder von sexuellen Praktiken irgendwelcher Art enthält« (Resolution Nr. 14/11, S. 140). Zwar kann der ECFR sicherlich nicht für sich Anspruch nehmen, den Islam als Ganzes zu vertreten oder für die Gesamtheit der Muslime zu sprechen, aber als eine zentrale religiöse Autorität des traditionellen Islams, die sich für die Integration der Muslime in den westlichen Gesellschaften einsetzt (Klinkhammer 2005, S. 325–329), sollte seine Stimme ernst genommen werden.

In der gleichen Resolution hat der ECFR übrigens auch angemahnt, dass sexuelle Erziehung neben dem gesundheitlichen Aspekt das islamische Verständnis von Familie und Sexualität berücksichtigen müsse. In diesem Zusammenhang wird speziell auf die Ablehnung außerehelicher sexueller Beziehungen Bezug genommen. Programme der Sexualerziehung, so fordert der ECFR, müssten »im

Rahmen von Anstand und sittsamer, redlicher Anleitung« bleiben (Resolution Nr. 14/11, S. 139).

Institutionen und Organisationen in Deutschland, die sich mit der Gestaltung von Infomaterialien für die Sexualaufklärung befassen, können die Auffassungen und Forderungen des ECFR als Orientierungspunkt verwenden, wenn sie die Akzeptanz dieser Materialien bei traditionalistisch ausgerichteten Muslimen erhöhen wollen.

Außerhalb der Sexualaufklärung sollten in den Medien der Gesundheitskommunikation die unter Muslimen verbreiteten Vorbehalte gegenüber alkoholhaltiger Medizin (Brückner 2001, S. 90–92) und als »unrein« geltenden Inhaltsstoffe berücksichtigt werden. Derartige Vorbehalte können auch für den Erfolg von Impfkampagnen unter Muslimen ausschlaggebend sein. Der ECFR wurde 2003 gefragt, ob es zulässig sei, Kinder gegen Polio zu impfen, obwohl bei der Herstellung des Impfstoffs das Enzym Trypsin zum Einsatz kommt, das aus Schweinen gewonnen wird. In seiner ausführlichen Antwort hat der ECFR die Impfung zwar für zulässig erklärt, mit dem Argument, dass der protektive Nutzen des Impfstoffs so groß sei, dass über die geringe Unreinheit, die dadurch verursacht werde, hinweggesehen werden könne (Fatwa Nr. 11/6, S. 273). Allerdings zeigen sowohl die Anfrage, als auch die Antwort des ECFR, in der gegenteilige Auffassungen anderer muslimischer Autoritäten zurückgewiesen werden, dass bis heute »unreine« Ingredienzien in Heilmitteln und Impfstoffen ein kontroverses Thema unter Muslimen sind.

Empfehlungen für die persönliche Kommunikation

Um Missverständnisse in der persönlichen Kommunikation zu vermeiden, muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Menschen,

die in den letzten Jahren aus islamischen Ländern zugewandert sind, Muslime sind. Nach einer Statistik, die im Auftrag der DIK erstellt wurde (Stichs 2016, S. 27), lag der Anteil der Muslime unter den Asylantragstellern aus Syrien in der Zeit seit Mai 2011 bei 87,5 %, bei Antragstellern aus Afghanistan bei 88,9 %. Noch erheblich niedriger waren die Zahlen bei Antragstellern aus dem Irak (46 %) und dem Iran (32,3 %).

Darüber hinaus orientieren sich auch nicht alle Muslime an dem hier beschriebenen Normensystem. Zum einen liegt das daran, dass innerhalb des Islams verschiedene Glaubensrichtungen und Strömungen existieren, in denen dieses Normensystem aufgehoben ist oder nie gegolten hat, so zum Beispiel bei den Aleviten, den Nusairiern, den Drusen und verschiedenen Sufi-Orden. Zum anderen gibt es eine nicht geringe Anzahl von Muslimen, die ihre muslimische Identität nicht an das Normensystem des Fiqh knüpfen, sondern an die muslimische Spiritualität oder an Gruppenzugehörigkeit und Herkunft (vgl. Spielhaus 2011, S. 152–155).

Die Islamwissenschaftlerin Katajun Amirpur konstatierte 2004: »Viele Muslime sehen kein Problem darin, sich als Muslim zu fühlen und dennoch nicht zu fasten, Bier zu trinken und kein Kopftuch zu tragen« (zitiert bei Spielhaus 2011, S. 154). Man kann also auch Muslim sein, ohne sich an dem islamischen Normensystem auszurichten. Bei Menschen, die den Islam in dieser Weise leben, bietet sich an, die religiöse Zugehörigkeit in der persönlichen Kommunikation völlig auszublenden, weil sie für gesundheitliche Fragen und für die Gestaltung der Kommunikation selbst belanglos sein dürfte.

Nur wenn Muslime ihre religiöse Praxis selbst mündlich ins Spiel bringen oder sich sichtbar an islamische Vorschriften halten, sollte davon ausgegangen werden, dass sie das islamische Normensystem für maßgeblich halten und darauf Wert legen, als Muslime behandelt zu werden. Das

Kopftuch kann als ein erster Anhaltspunkt dienen. Der ECFR hat 1997 in einer Fatwa zum Ausdruck gebracht, dass er diese Verhüllung als ein Mittel betrachtet, das die muslimische Frau von Gott erhalten hat, »um sich von der nicht-muslimischen und der nicht-religiösen Frau zu unterscheiden und den Eindruck zu vermitteln, dass sie eine ernsthafte und aufrichtige Frau ist« (Fatwa Nr. 1/16, S. 206 f.). Allerdings sind die islamischen Identitätskonstruktionen in Europa mittlerweile so stark diversifiziert und individualisiert, dass auch die Verwendung des Kopftuchs nicht immer ein sicheres Indiz dafür ist, dass sich die betreffenden Personen mit dem traditionellen islamischen Normensystem identifizieren (Klinkhammer 2003, S. 268).

Bei Muslimen, die sich an Regeln wie die des ECFR orientieren oder noch strengere Auffassungen vertreten, kann die Einhaltung der folgenden Verhaltensregeln die persönliche Kommunikation erleichtern:

- Chalwa-Situationen, d. h. das Alleinsein mit einer Person des anderen Geschlechts an einem nicht einseharen Ort, vermeiden. Wenn eine muslimische Frau zur Vermeidung der Chalwa eine weitere Person zum Gespräch mitbringt, sollte dies grundsätzlich geduldet werden.
- Körperliche Berührungen mit Personen des anderen Geschlechts vermeiden. Wenn man einer Person des anderen Geschlechts nur dann die Hand schüttelt, wenn diese selbst die Hand reicht, können keine peinlichen Situationen entstehen. Die Verweigerung des Händeschüttelns durch Personen des anderen Geschlechts sollte nicht als persönlicher Affront oder Integrationsverweigerung interpretiert werden, sondern nur als Zeichen dafür, dass sich diese Personen an das islamische Normensystem gebunden fühlen.
- Frauen sollten in der persönlichen Kommunikation mit Männern entschlossen auftreten und durch Tonfall und Bewegungen klar zum Aus-

druck bringen, dass sie nicht an einer sexuellen Beziehung interessiert sind. Sie müssen damit rechnen, dass Männer sie dafür verantwortlich machen, bei ihnen kein sexuelles Begehren zu wecken.

Demjenigen, der bei der Kommunikation mit praktizierenden Muslimen Fremdheit empfindet, kann es helfen, sich die multiplen Identitäten (vgl. dazu Spielhaus 2011, S. 173–176) der betreffenden Personen bewusst zu machen: Ein Muslim ist nie nur Muslim, sondern er hat einen bestimmten Beruf oder befindet sich einer bestimmten Ausbildung, er besitzt bestimmte Fertigkeiten, nimmt bestimmte soziale Rollen wahr, hat bestimmte Neigungen (z. B. beim Essen), kommt aus einer bestimmten Region oder Stadt etc. Das Gespräch über diese Dinge kann dabei helfen, Fremdheit abzubauen und Gemeinsamkeiten auf pragmatischer Ebene zu finden.

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass muslimische Migrantinnen und Migranten nicht nur vom islamischen Normensystem geprägt sind, sondern sich auch an anderen sozialen und kulturellen Normen ausrichten, die keinen Bezug zur Religion aufweisen. Durch die Migrationssituation sind sie eventuell erstmals stärker mit dem westlichen Normen- und Wertesystem konfrontiert. Sie stehen also vor der Aufgabe, die divergierenden, aus unterschiedlichen Systemen und Gruppen stammenden Normen in sich zu überbrücken und in ihre Persönlichkeit zu integrieren. Nur diese Fähigkeit zur transkulturellen Überbrückung und Verbindung (vgl. Welsch 1995) kann dem Individuum auf Dauer Identität, Autonomie und Souveränität verleihen. Ziel der persönlichen Kommunikation sollte es sein, das Individuum bei diesem Prozess der Herausbildung einer transkulturellen Persönlichkeit zu unterstützen, um so gleichzeitig seine Integration in die Gesellschaft zu befördern.

In manchen Fällen kann es notwendig sein, das muslimische Individuum vor den Loyalitätszumen seiner Religionsgemeinschaft zu schützen. Dies betrifft insbesondere Frauen. Der ECFR sieht aufgrund verschiedener Koranverse (Sure 24:31 und Sure 33:59) die muslimische Gemeinschaft dazu verpflichtet, die muslimische Frau davon zu überzeugen, dass es ihre religiöse Pflicht sei, ihren Kopf zu bedecken. Wenn sie sich an dieses Gebot nicht halte, solle man zwar keine Gewalt ihr gegenüber ausüben, aber sie mit aufrichtigen Frauen umgeben, damit sie sich an ihnen ein Vorbild nehme (Fatwa Nr. 1/16, S. 206 f.). Diese Fatwa zeigt, dass muslimische Frauen einem starken religiösen Konformitätsdruck aus ihrer Gemeinschaft ausgesetzt sein können.

In einer anderen Fatwa erklärt der ECFR, dass eine Frau, die eine mehrtägige Reise unternimmt, sich von einem Mahram-Verwandten begleiten lassen oder die fragliche Zeit bei einer muslimischen Familie in dem betreffenden Land verbringen müsse, um potentielle Versuchungen oder Belästigungen auszuschließen. Als Grund für diese Regelung wird ein Hadith angeführt, wonach es einer gläubigen Muslimin nicht erlaubt ist, eine Reise »von einem Tag und einer Nacht« ohne Mahram zu vollziehen (Fatwa Nr. 5/5, S. 255).

Derartige Normen können, wenn sie umgesetzt werden, für muslimische Frauen klare Beschränkungen der Religions- bzw. Bewegungsfreiheit darstellen, die auch zu Belastungen für ihre Gesundheit werden können. Wenn muslimische Frauen erkennbar Anstrengungen unternehmen, um sich von der Wirkung derartiger Normen zu befreien, verdienen sie die Unterstützung des Gesundheitspersonals.

» Literatur

- Al Aqeel, A. (2010):** Prevention and care of genetic disorders: an islamic perspective. In: Teebi, A. S. (Hg.): Genetic disorders among arab populations. Second Edition, Berlin und Heidelberg, S. 705–724.
- Al-Masri, A. N.; Gerhard, F. W. (2013):** Einblick in die traditionelle islamische Medizin. Münster.
- Assion, H.-J. (2004):** Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten. Berlin.
- Atighetchi, D. (2007):** Islamic bioethics: problems and perspectives. Dordrecht.
- Beshyah, S. S. (2009):** Fasting during the month of ramadan for people with diabetes: medicine and fiqh united at last. In: Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences 1, S. 58–60.
- von Bose, A.; Terpstra, J (2012):** Muslimische Patienten pflegen: Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin.
- Brückner, M. (2001):** Fatwas zum Alkohol unter dem Einfluss neuer Medien im 20. Jahrhundert. Würzburg.
- Bummel, J. (1999):** Zeugung und pränatale Entwicklung des Menschen nach Schriften mittelalterlicher muslimischer Religionsgelehrter über die »Medizin des Propheten«. Inaugural-Dissertation Universität Hamburg.
- Caeiro, A. (2011):** Transnational ulama, european fatwas, and islamic authority: a case study of the European Council for Fatwa and Research. In: van Bruinessen, M.; Allievi, S. (Hg.): Producing islamic knowledge. Transmission and dissemination in western europe. London and New York, S. 121–141.
- Ceylan, R.; Kiefer, M. (2016):** Muslimische Wohlfahrtspflege in Deutschland: Eine historische und systematische Einführung. Wiesbaden.
- Deutsche Islam Konferenz (DIK) (2015):** Religionssensible soziale Dienstleistungen von und für Muslime. Ein Überblick aus Kommunen und den Mitgliedsorganisationen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). Nürnberg, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF).
- El-Zein, A. (2009):** Islam, arabs, and the intelligent world of the jinn. Syracuse, New York.
- Franke, C. (2016):** Frauensport im Islam. Würzburg.
- Franke, P. (2010):** Die islamische Sexualethik vor den Herausforderungen der sexuellen Moderne: Abwehrreaktionen, Anpassungsversuche und Gegenentwürfe. In: Busch, U. (Hg.): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven. Baden-Baden, S. 85–110.
- Frindte, W. (2013):** Der Islam und der Westen: Sozialpsychologische Aspekte einer Inszenierung. Wiesbaden.
- Griese, C.; Marburger, H. (Hg.) (2012):** Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch. München.
- International Diabetes Federation (IDF) (2016):** Diabetes and ramadan: practical guidelines. Brüssel.
- Kamali, M. H. (2003):** Principles of islamic jurisprudence. Cambridge.
- Klinkhammer, G. (2005):** Schwierige Integration. Religiöse Autorität und Vergemeinschaftung im Islam im europäischen Raum. In: Kippenberg, H. G.; Schuppert, G. F. (Hg.): Die verrechtlichte Religion. Der Öffentlichkeitsstatus von Religionsgemeinschaften. Tübingen, S. 315–332.
- Klinkhammer, G. (2003):** Moderne Formen islamischer Lebensführung. Musliminnen der zweiten Generation in Deutschland. In: Rumpf, M. u. a. (Hg.): Facetten islamischer Welten: Geschlechterordnungen, Frauen- und Menschenrechte in der Diskussion. Bielefeld, S. 257–271.

- Krause, C. (2007):** Warum ein Buch über Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese? In: Krause, C. u. a. (Hg.): Verbunden gesunden – Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Bad Gandersheim, S. 11–17.
- Krause, C.; Mayer, C.-H. (2012):** Gesundheitsressourcen erkennen und fördern: Training für pädagogische Fachkräfte. Göttingen.
- Krawietz, B. (1991):** Die Ḥurma. Schariatrechtlicher Schutz vor Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit nach arabischen Fatwas des 20. Jahrhunderts. Berlin.
- Marvakis, A.; Parsanoglou, D. (2009):** Zur Kulturalisierung sozialer Ungleichheit. In: Sauer, K. E.; Held, J. (Hg.): Wege der Integration in heterogenen Gesellschaften: Vergleichende Studien. Wiesbaden, S. 41–56.
- Naef, S. (2007):** Bilder und Bilderverbot im Islam. Vom Koran bis zum Karikaturenstreit. Aus dem Französischen von Christiane Seiler. München.
- Nagel, A.-K. (2012):** Von der Leidensgeschichte zum transnationalen Projekt. Religiöse Selbstorganisation und Selbstvergewisserung in der Diaspora am Beispiel des European Council for Fatwa and Research (ECFR). In: Kranemann, B. (Hg.): Liturgie und Migration: Die Bedeutung von Liturgie und Frömmigkeit bei der Integration von Migranten im deutschsprachigen Raum. Stuttgart, S. 75–98.
- Othman, H.; Saadat, M. (2009):** Prevalence of consanguinous marriages in Syria. In: Journal of Biosocial Science 41, S. 685–692.
- Perho, I. (1995):** The prophet's medicine. A creation of the muslim traditionalist scholars. Helsinki.
- Raissi, D. (2015):** Das würde mich sehr freuen – Auf dem Weg zum islamischen Wohlfahrtsverband (16.01.2015). Online abrufbar unter www.deutsche-islam-konferenz.de/DIK/DE/Magazin/Lebenswelten/Wohlfahrtspflege/islamischer-wohlfahrtsverband-node.html [Zugriff am 01.11.2016].
- Saify, K.; Saadat, M. (2012):** Consanguinous marriages in Afghanistan. In: Journal of Biosocial Science 44, S. 73–81.
- Schmidtchen, D. (2007):** Ökonomik der Religion: Wettbewerb auf Märkten für religiöse Dienstleistungen. In: Jahrbuch normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik. Marburg, S. 251–274.
- Schrode, P. (2015):** Islam und Rassismus in Deutschland. In: Drews-Sylla, G.; Makarska, R. (Hg.): Neue alte Rassismen? Differenz und Exklusion in Europa nach 1989. Bielefeld, S. 45–68.
- Schrode, P. (2010):** Sunnitisch-islamische Diskurse zu Halal-Ernährung. Konstituierung religiöser Praxis und sozialer Positionierung unter Muslimen in Deutschland. Würzburg.
- Speziale, F. (2010):** Soufisme, religion et médecine en islam Indien. Paris.
- Spielhaus, R. (2011):** Wer ist hier Muslim? Die Entwicklung eines islamischen Bewusstseins in Deutschland zwischen Selbstidentifikation und Fremdzuschreibung. Würzburg.
- Spranger, H. (2014):** Ressourcen integrativer Regulationsmedizin – Medizinische und medizinnahe Salutogenese: Gesundung im Beziehungsraum zwischen Patient und Heilberufler. Hamburg.
- Stichs, A. (2016):** Wie viele Muslime leben in Deutschland? Eine Hochrechnung über die Anzahl der Muslime in Deutschland zum Stand 31. Dezember 2015. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Ullmann, M. (1970):** Die Medizin im Islam. Leiden und Köln.
- Welsch, W. (1995):** Transkulturalität: Zur veränderten Verfasstheit heutiger Kulturen. In: Zeitschrift für Kulturaustausch 45/1, S. 39–44.

Yadigaroglu, Y. (2012): Eheschließungen unter Migrantinnen und Migranten. In: frauen leben. Familienplanung und Migration. Dokumentation der wissenschaftlichen Abschlusstagung. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 58.

Yaldai Rezai, S. (1987): Islam und Sport: Religiöse Tradition und moderne Einflüsse. Düsseldorf.

Zander, H.: »Europäische« Religionsgeschichte: Religiöse Zugehörigkeit durch Entscheidung – Konsequenzen im interkulturellen Vergleich. Berlin.

» Weitere Quellen

Die IIFA-Resolutionen (arabisch) sind hier einsehbar: Nr. 39 unter www.iifa-aifi.org/1746.html, Nr. 67 unter www.iifa-aifi.org/1858.html, Nr. 81 unter www.iifa-aifi.org/1976.html und Nr. 93 unter www.iifa-aifi.org/2009.html.

Die Fatwas und Resolutionen des ECFR (arabisch) von 1997 bis 2010 sind veröffentlicht in dem Buch: al-Qarārāt wa-l-fatāwā aṣ-ṣādira ‘an al-Mağlis al-Urūbbi lil-lftā’ wa-l-buḥūṭ munḍu ta’ sīsi-hī (1417h/1997m) wa-ḥattā d-daura al-‘iṣrīn (1431h/2010m), Ed. ‘Abdallāh ibn Yūsuf al-Ġudai’, auf das sich auch die angegebenen Seitenzahlen beziehen. Dieses Buch und die Resolutionen der nachfolgenden Sitzungen bis 2016, die nur in den Abschlusserklärungen des Gremiums veröffentlicht wurden, sind auf Website des ECFR abrufbar (www.e-cfr.org).

>> 01.2

Kultursensible Gesundheitsförderung – Oder: Wie viele westliche Werte stecken in unseren Konstrukten psychischer Gesundheit?

Haci-Halil Uslucan

Bei einer Zahl von rund 16 Millionen Personen mit Zuwanderungsgeschichte und der jüngsten Fluchtmigration mit rund einer weiteren Million Menschen bekommt die Frage der kultursensiblen medizinischen und psychosozialen Versorgung und Gesundheitsförderung in Deutschland eine neue Dringlichkeit. Diese ist ethisch, medizinisch und wirtschaftlich unabdingbar, um Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen, aber auch Mehrfachdiagnosen und Mehrfachbehandlungen zu vermeiden.

Wenn wir jedoch den Blick auf die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Angebote seitens der Zuwanderer richten, so wird die Disparität der Verteilung recht schnell auffällig: Sie sind stets dort überrepräsentiert, wo es schon zu spät ist, also etwa in Notfallambulanzen, in der Akutversorgung psychiatrischer Institutionen etc. und unterrepräsentiert in Rehabilitationseinrichtungen, Gesundheitsförder- und Präventionsmaßnahmen.

Hierbei sind die spezifischen Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme recht vielfältig: Häufig liegen sie am Informationsmangel über die Strukturen des Gesundheitssystems in Deutschland sowie an den unzureichenden Deutschkenntnissen der Zuwanderer, gelegentlich aber auch an Diskrimi-

nierungserfahrungen, Angst vor Stigmatisierungen (insbesondere im psychotherapeutisch-psychiatrischem Bereich) sowie der Unsicherheit über die Finanzierung (so etwa bei psychotherapeutischer Behandlung). Nicht zuletzt sind aber auch institutionelle Barrieren, etwa die mangelnde Öffnung und fehlende Niedrigschwelligkeit der Gesundheitseinrichtungen hierfür verantwortlich.

Wenn wir den Blick für einen kurzen Augenblick weiten und über Deutschland hinausblicken, so zeigen beispielsweise kulturvergleichende Studien bereits seit längerer Zeit, dass sich Menschen in gesundheitlichen Aspekten v. a. unter folgenden Hinsichten unterscheiden:

- Erfahrung von Schmerz,
- Identifizierung und Bezeichnung von Krankheitssymptomen,
- Kommunikation über Leiden,
- Annahmen über die Ursachen der Erkrankung,
- Erwartungen gegenüber Heilern und
- Behandlungswünsche (McGoldrick 1982, S. 6, zitiert in Leyer 1991, S. 79).

Insofern ließe sich festhalten, dass die Annahme einer Gleichverteilung der Inanspruchnahme eine Illusion sei. Andererseits ist die Fokussierung

auf kulturelle Differenzen als Erklärung genauso irrelevant. Vielmehr gilt es, sowohl die innerkulturelle Variation, als auch die sozialstrukturell unterschiedlichen Verteilungsmuster gesundheitlicher Belastungen zu berücksichtigen. So ist in der gesundheitspsychologischen Forschung bereits länger die höhere Krankheitsanfälligkeit sozial benachteiligter Gruppen, verursacht u. a. durch höhere Stressbelastung, gut belegt (Schwarzer und Leppin 1989). Außerdem überlappen sich bei Zuwanderern häufig beide Aspekte (kulturelle Differenzen und Zugehörigkeit zu sozial deprivierten Gruppen). So weisen sie beispielsweise gegenüber der einheimischen deutschen Bevölkerung deutlich mehr Risikozustände und Gesundheitsbelastungen auf und sind um ein Vielfaches kritischer, stressverursachenden Lebensereignissen ausgesetzt (Firat 1996; Collatz 1998).

Von daher kann bei der Deutung der unterschiedlichen Verteilung von Belastungen und der Inanspruchnahme das methodische Problem der Konfundierung von ethnischer Zugehörigkeit und sozialer Schicht nicht genug unterstrichen werden: Phänomene, die eventuell nur vor dem Hintergrund unterschiedlicher sozialer Zugehörigkeiten zu verstehen wären, werden unreflektiert ethnisiert und dadurch nicht als ein gesellschaftliches, sondern individuell bzw. kulturell zu verantwortendes Problem kategorisiert, was in der Folge ihre Lösung enorm erschwert.

Mit Blick auf Zuwanderer ist festzuhalten, dass hier drei unterschiedliche Belastungsmomente ins Aufmerksamkeitsfeld zu rücken sind (vgl. Spallek und Zeeb 2010):

- Vor der Migration im Herkunftsland: Wie war die Ernährung? Wie war die frühere Gesundheitsversorgung (Haben notwendige Impfungen etc. stattgefunden)? Sind regional bedingte erhöhte Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen zu berücksichtigen? etc.

- Während der Migrationsphase: Welche Belastungen sind durch Akkulturationsstress, erlebten Rassismus und durch die Trennung der Familien etc. entstanden?
- Im Aufnahmeland: Welche Fremdheitsgefühle werden empfunden? Welche sprachlichen und rechtlichen Benachteiligungen gibt es? Wie sind die Arbeits- und Wohnbedingungen von Zuwanderern? Aus einer öko-psychologischen Perspektive hängt die Frage, wie gut generell die Belastungen eines Wechsels des Lebensortes bewältigt werden, unter anderem davon ab, mit welchen Erwartungen und welcher Motivation Menschen sich zur Auswanderung entscheiden, welche Hoffnungen und Träume, aber auch Ängste an eine Auswanderung gekoppelt sind und ob es vorbereitende Maßnahmen in den Herkunftsländern gegeben hat, die kompetenzfördernd und stressmindernd wirken (Berry 1997).

Neben früheren Erfahrungen mit Ortswechseln in der Heimat ist nicht zuletzt die familiäre Situation und die damit einhergehende soziale Unterstützung für die Bewältigung des Stresserlebens ein wichtiger Faktor. So gibt es in der Literatur übereinstimmende Befunde, die zeigen, dass Personen, die mit Familien umziehen, ihre Situation besser bewältigen als Alleinstehende oder Geschiedene, weil insbesondere in der ersten Phase durch die innerfamiliären Solidarpotenziale der Stress gelindert wird. Dies ist ein Aspekt, der beispielsweise in der gegenwärtigen Flüchtlingsintegration mit Blick auf die Wohnortzuweisung nicht nur aus integrations-theoretischer, sondern auch aus gesundheitsförderlicher Perspektive angemessen berücksichtigt werden müsste.

Neben dem bislang diskutierten Missverhältnis zwischen Belastungen, Angeboten und Inanspruchnahme ist jedoch auch die kritische Frage zu stellen, inwieweit unsere theoretischen Konstrukte der Messung von psychischer Gesundheit und den daraus abgeleiteten Maßnahmen der Gesundheits-

förderung einen kulturellen Bias enthalten. Wie weit sind diese ungebrochen in anderen Kulturen bzw. bei Menschen mit unterschiedlicher kultureller Gesundheitssozialisation anwendbar?

Hierbei möchte ich mich kurz exemplarisch dem Konstrukt der Salutogenese (Antonovsky 1987), einem der prominentesten psychologischen Konstrukte der Gesundheitsförderung, widmen, in der explizit die Frage, warum Menschen gesund bleiben, Vorrang hat vor der Frage nach den Ursachen von Krankheiten und Risiken. Die zentrale Erklärung für die Gesundheitsförderung wird hierbei im (erhöhten) Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) gesehen. Das Sense of Coherence (abgekürzt mit SOC) ist als eine globale Orientierung zu verstehen und drückt das »durchdringende, überdauernde und dennoch dynamische Gefühl des Vertrauens einer Person« aus, dass die Anforderungen der inneren und äußeren Erfahrungswelt strukturierbar, vorhersagbar und erklärbar sind und dass ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen, diesen Anforderungen gerecht werden zu können (Antonovsky 1997, S. 12). Insofern kann der Einzelne mit dieser Ressource die durch Stress ausgelösten Belastungen bewältigen. Bei Antonovsky wird das Kohärenzgefühl als eine sowohl kognitive wie auch als eine affektiv-motivationale Grundeinstellung verstanden. Das Konstrukt des SOC besteht aus drei Einzelkomponenten: [a] dem Gefühl der Verstehbarkeit, [b] dem Gefühl der Handhabbarkeit und [c] dem Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit der Ereignisse im persönlichen Lebenskontext.

Personen mit einem starken Kohärenzgefühl werden in dieser Deutung Stressoren nicht mit Risikoverhaltensweisen wie etwa Trinken, Medikamente einnehmen, Verleugnen etc. begegnen (also vermeidender Umgang), sondern durch ein stärker positives aktives Copingverhalten und durch einen bewussten Umgang mit Symptomen.

Zwar beansprucht das Modell der Salutogenese eine kulturübergreifende Geltung, jedoch ist hier, wie bereits kritisch von Bengel u. a. (1998) herausgestellt, zu erinnern, dass die meisten salutogenetisch angelegten Studien in Westeuropa, Israel und Nordamerika durchgeführt wurden, also explizit in Gesellschaften, in denen eine starke Autonomieorientierung, eine Favorisierung des Individuums bzw. seiner persönlichen Stärken und Ressourcen im Mittelpunkt stehen.

Deutlich wird das beispielsweise auch an der dominanten Rolle des aktiven Copings innerhalb der Copingmechanismen (im Gegensatz zu sozialem oder vermeidendem Coping). Es setzt zum einen voraus, dass ein Individuum genug Macht und Kontrolle über seine Umgebung hat, und zum anderen, dass es wichtiger ist, die lebensweltlich wahrgenommenen Stressoren alleine zu bewältigen. Wie weit ist diese Orientierung für Mitglieder sogenannter kollektivistischer Gesellschaften gültig? Wie weit ist diese Orientierung für in Deutschland lebende Zuwanderer gültig, die an der Stärkung familialer bzw. sozialer Ressourcen orientiert sind und im Bedarfsfall sich auch dieser bedienen? Und vor allem, wie weit reflektiert dieses Konstrukt sein kulturhistorisches Gewordensein?

Dies soll an einem kurzen Beispiel aus der türkischen Geschichte demonstriert werden: Insbesondere im agrarischen Anatolien (dem asiatischen Festland der Türkei), aber teilweise auch in einigen Städten, ist nach wie vor eine »Kismet«-Mentalität verbreitet. »Kismet« (etwa mit »Schicksal« zu übersetzen) bezeichnet die Unberechenbarkeit des Lebens, ein Ausgeliefertsein an Ereignisse (externe Kontrolle), die an die Moiren der griechischen Mythologie, die die Bande des Schicksals wählen, knüpfen und zerschneiden, erinnert. Menschen, denen im Leben Übel widerfährt, oder deren Pläne durchkreuzt werden, erklären dieses mit »Kismet« als ihr »Schicksal«, dem man ausgeliefert ist.

Korrelationen des Kohärenzgefühls (deutsche Stichprobe)

	SOC- Allgemein	SOC- Verstehbarkeit	SOC- Handhabbarkeit	SOC- Bedeutsamkeit
SOC-Allgemein	1	.85***	.64***	.64***
SOC-Verstehbarkeit		1	.37***	.37***
SOC-Handhabbarkeit			1	.04
SOC-Bedeutsamkeit				1

*: $p < .1$; **: $p < .05$; ***: $p < .01$

» Tab 1: Korrelationen des Kohärenzgefühls mit seinen Komponenten (deutsche Stichprobe)

Wenn man sich an die mentalitätsgeschichtlichen Wurzeln dieser Haltung erinnert, dann sieht man, dass sie so irrational nicht ist; denn die jahrhundertelange Willkürherrschaft der osmanischen Herrscher, der relativ geringe Stand der Naturbeherrschung, die kurzen Interdependenzketten der Bürger in ihren sozialen wie ökonomischen Handlungen haben die Grundlagen von Berechenbarkeit, Langsicht und Staatsvertrauen vereitelt. Durch einen Erlass des Sultans konnte am nächsten Tag tatsächlich alles anders werden.

Angesichts der tatsächlichen Unberechenbarkeit, Unsicherheit und Nichtverfügbarkeit von Abwehrmöglichkeiten hat sich die »Kismet«-Mentalität als eine realistische, angemessene Haltung erwiesen und erweist sich in Teilen der Türkei immer noch als adäquat. Die gelebte Gegenwart ist nach wie vor auf breiter Ebene nicht kalkulierbar; insofern wäre ein individuelles Hadern und erfolgloses Anrennen gegen erlebte Widrigkeiten nur eine weitere Anhäufung von Hilflosigkeitserfahrungen. Wird aber diese »Kismet«-Einstellung von Türken in Deutschland fortgeführt, dann wird sie für die Einheimischen

zum Problem, denn sie fordern mit dieser Haltung das Ideal der Moderne, die restlose Planbarkeit und Berechenbarkeit des Lebens, förmlich heraus. Die hiesige Gesellschaft setzt auf breiter Ebene auf eine Planbarkeit, auf eine Versicherung des Lebens, auf langfristige Orientierungen etc.

Das Konstrukt Salutogenese knüpft unausgesprochen an dieses Ideal des modernen westlichen Lebens an.

Ferner stellten in einer jüngeren Studie Braun-Lewensohn und Sagy auch innerhalb eines Landes (Israel) interkulturelle Ausprägungen und Intensitäten des SOC fest; während die Annahmen des SOC für die Mehrheitsgesellschaft durchaus zutrafen (jüdische Israelis), war die Ausprägung bei den Minderheiten geringer (Drusen und Muslime); und innerhalb der Minderheiten dominierte bei denen mit der geringsten Machtausstattung eher ein kollektivistisches Bewältigungsmuster denn ein individualistisches (Braun-Lewensohn und Sagy 2011). Insofern bedarf das SOC genau dieser Erweiterung um die gesellschaftskritische Komponente; statt das geringe aktive Coping als ein »persönliches

Korrelationen des Kohärenzgefühls (türkische Stichprobe)

	SOC- Allgemein	SOC- Verstehbarkeit	SOC- Handhabbarkeit	SOC- Bedeutsamkeit
SOC-Allgemein	1	.80***	.33***	.53***
SOC-Verstehbarkeit		1	-.03	.34***
SOC-Handhabbarkeit			1	-.33***
SOC-Bedeutsamkeit				1

*, p<.1; **, p<.05; ***, p<.01

>> Tab 2: Korrelationen des Kohärenzgefühls mit seinen Komponenten (türkeistämmige Migrantinnen und Migranten)

Defizit« zu sehen, ist zugleich nach den gesellschaftlichen Hindernissen und Möglichkeiten von Menschen bzw. den jeweiligen Gruppen zu fragen.

In einer Studie, die Uslucan mit Türken in der Türkei, türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in Deutschland sowie mit einheimischen Deutschen durchgeführt hatte (vgl. Uslucan 2011), ließ sich ebenfalls zeigen, dass Deutsche die höchsten SOC-Werte hatten und dass die theoretischen Annahmen bezüglich des Zusammenhangs der einzelnen Komponenten des SOC für diese am stärksten zutrafen, wie sie beispielsweise der Vergleich der Korrelationen des SOC allgemein mit den Einzelkomponenten im interkulturellen Kontext zeigt (siehe Tab. 1 und 2).

Auch weitere inhaltliche Annahmen (u. a. Zusammenhänge mit Depression und Selbstwert etc.) ließen sich in der Studie am besten für die deutsche Stichprobe bestätigen.

So lässt sich etwas zugespitzt formulieren, dass Autonomie bzw. ein aktives Coping eine der starken Konstrukt-Komponenten bildet, die psychologische Gesundheit messen, diese jedoch stärker in der

westlichen Welt verbreitete Haltung in der Gesundheitsforschung implizit als universal und leitend für alle Menschen angenommen wird und somit zu Verzerrungen in den Ergebnissen führt. Insofern reicht es nicht, wenn Messinstrumente, die häufig zwar in verschiedenen Gesellschaften validiert werden, einander jedoch eher gleichen (meist in westlich orientierten Gesellschaften).

Zusammenfassend brauchen wir für eine künftig bessere Versorgung von Zuwanderern bzw. ethnischen und kulturellen Minderheiten im Land folgende Maßnahmen:

- Die Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit anderen kulturell-religiösen Herkunftsn, wie etwa Waschungs- und Gebetsräume oder schweinefleischfreie Kost für muslimische Patientinnen und Patienten.
- Den Einsatz von Dolmetscherdiensten und die Bereitstellung von fremdsprachigen Infomaterialien (in den am häufigsten vorkommenden Sprachen von Zuwanderern wie Türkisch, Russisch, Polnisch, Arabisch, Serbo-Kroatisch etc.), aber

- auch multilinguale Beschilderungen in Krankenhäusern.
- Gerade für größere Krankenhäuser scheint die Implementierung einer Stelle eines Integrationsbeauftragten, der als zentraler Ansprechpartner und Gestalter von Diversity-Maßnahmen fungiert, höchst sinnvoll zu sein.
 - Wir brauchen eine stärkere Einbindung von Migrantenselbstorganisationen (MSO) in die Pflege und Gesundheitsversorgung sowie die Öffnung und aktive Anwerbung von Personen mit Zuwanderungsgeschichte im Pflegebereich.
 - Die interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenzen müssen bereits in der Ausbildung von Gesundheitsberufen einen zentralen Platz im Curriculum haben; von dieser interkulturellen Öffnung werden nicht nur die Patientinnen und Patienten profitieren, weil ihnen effektiv und schneller geholfen wird und einvernehmliche Behandlungs- und Therapieformen eher gefunden werden, sondern auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, weil die Kommunikations- und Interaktionsprozesse glatter ablaufen. Somit können Fehldiagnosen, Fortschreibung von Falschdiagnosen, Fehl- und Mehrfachbehandlungen, Chronifizierungen durch verspätetes Erkennen eines Leidens eher vermieden werden.
 - Die interkulturelle Öffnung muss getragen und durchgesetzt werden von der Leitungsebene, von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Stationen, die täglich in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten sind, und sie muss natürlich angenommen werden von den Patientinnen und Patienten.
 - Die Anerkennung ausländischer Abschlüsse in Pflege- und Gesundheitsberufen.
 - Der stärkere internationale Austausch sowie die Etablierung von Forschung zu interkulturellen Fragestellungen in der Gesundheitsförderung.

» Literatur

- Antonovsky, A. (1987):** Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco.
- Antonovsky, A. (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (1998):** Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln, BzG.
- Berry, J. (1997):** Immigration, acculturation and adaptation. In: Applied Psychology: An International Review, 46, S. 5–34.
- Braun-Lewensohn, O.; Sagy, S. (2011):** Salutogenesis and culture: personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups. In: International Review of Psychiatry 23, S. 533–541.
- Collatz, J. (1998):** Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hg.) (1998): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main, S. 33–59.

Firat, D. (1996): Migration als Belastungsfaktor türkischer Familien. Hamburg.

Leyer, E. M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Opladen.

Schwarzer, R.; Leppin, A. (1989): Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen.

Spallek, J.; Zeeb, H. (2010): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In Hegemann, T.; Salman, R. (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn, S. 58–68.

Uslucan, H.-H. (2011): Salutogenese im kulturellen und interkulturellen Kontext. In: Zeitschrift für Politische Psychologie, Heft 3/4, S. 309–334.

» 01.3

Kultursensitive Gesundheitskommunikation: Eine psychologische Definition und Implikationen für die Gestaltung von Gesundheitsbotschaften und Kampagnen

Cornelia Betsch

Wie Gesundheitsbotschaften und Informationsangebote wahrgenommen werden und wirken, hängt nicht nur vom Inhalt ab, sondern auch davon, wie die Botschaften zum Rezipienten und seinen Eigenschaften und Bedürfnissen passen. Dies ist nicht neu und findet sich in den Ansätzen des Targetings und Tailorings wieder (Schmid u. a. 2008). Beim Targeting geht es darum, eine Botschaft oder Kampagne möglichst auf eine Zielgruppe zuzuschneiden, die bestimmte Eigenschaften teilt (z. B. Frauen über 50 Jahre für eine Awarenesskampagne zu Brustkrebs); Tailoring bemüht sich, zuvor gemessene individuelle Eigenschaften der Zielpersonen (z. B. eine niedrige Selbstwirksamkeit) mit darauf zugeschnittenen Maßnahmen zu verändern (z. B. indem Maßnahmen zur Unterstützung der Selbstwirksamkeit angeboten werden).

Dieser etablierte Ansatz des Targetings und Tailorings wird hier übertragen auf kulturelle Unterschiede von Rezipienten. Zunächst wird dieser Artikel Kultur und Kulturunterschiede psychologisch definieren und dann auf der Basis der kulturellen Kongruenzhypothese (Alden u. a. 2014; Uskul u. a. 2009) eine Definition von kultursensitiver Gesund-

heitskommunikation vornehmen. Eine ausführlichere Herleitung findet sich in Betsch u. a. 2016.

» Kultur psychologisch verstehen

Durch soziales Lernen in unterschiedlichen Kontexten haben sich kulturelle Normen entwickelt und tradiert. Normgetreues Verhalten wird sozial verstärkt und führt so zum sozialen Lernen geteilter Normen. Angepasste Individuen haben einen größeren Reproduktionserfolg, was das Internalisieren und Tradieren von Normen befördert. Umweltbedingungen wie Landwirtschaft oder Tierhaltung, Mobilität oder Bevölkerungsdichte können die Ausprägung der Normen beeinflussen. So zeigt sich, dass Mitglieder aus Gesellschaften, die traditionell vom Anbau von Nutzpflanzen, insbesondere von Reis, leben (z. B. in Asien), stärker aufeinander angewiesen sind als Mitglieder von Gesellschaften, die von der Tierzucht leben (z. B. USA) (Uskul

u. a. 2008]. Damit ist eine stärkere Ausprägung von Kollektivismus in asiatischen Ländern und Individualismus in den USA verbunden. Historisch gewachsene Normen, geronnen in »Kultur«, haben damit einen starken Einfluss darauf, wie das Selbst gegenüber anderen definiert wird – als unabhängig (Individualismus) oder interdependent (Kollektivismus) [Kitayama und Uskul 2011, vgl. Box 1].

Box 1: Kulturelle Unterschiede haben weitreichende Konsequenzen für Kognition, Motivation und Emotion

Individualismus (Ich-Orientierung, eher westlich): Fokus auf Selbstverwirklichung, Autonomie. Hier beeinflussen persönliche Rechte und Ziele das Verhalten. Eine individualistische Person strebt danach, Positives zu erreichen.

Kollektivismus (Wir-Orientierung, eher östlich-asiatisch): Fokus auf den Kontext. Wichtig ist das Einpassen in ein soziales Gefüge, Harmonie, (soziale) Pflichten, gesellschaftliche Ziele, soziale Wohlfahrt, Vermeiden von Negativem.

Diese Unterscheidung ist auch die am häufigsten und am besten untersuchte Dimension kultureller Unterschiede. Eine ebenfalls häufig herangezogene Klassifikation stammt von Hofstede [2003]. Sie beinhaltet ebenfalls Individualismus als relevante Dimension (>Ich- oder Wir-Orientierung<). Aufgrund der Fülle der Arbeiten im Bereich des Individualismus vs. Kollektivismus soll hier im Weiteren nicht auf andere Modelle der kulturellen Unterschiede eingegangen werden. Zudem zeigen Deutsche deutlich

höhere Individualismus-Werte als Bürger anderer Länder, aus denen eine Vielzahl in Deutschland lebender Migrantinnen und Migranten stammt und die so auch potenzielle Rezipienten deutscher Gesundheitskommunikation werden (z. B. Türkei, Syrien, Vietnam) [vgl. Hofstede 2003]. Damit ist diese Dimension auch für kulturelle Unterschiede innerhalb Deutschlands relevant.

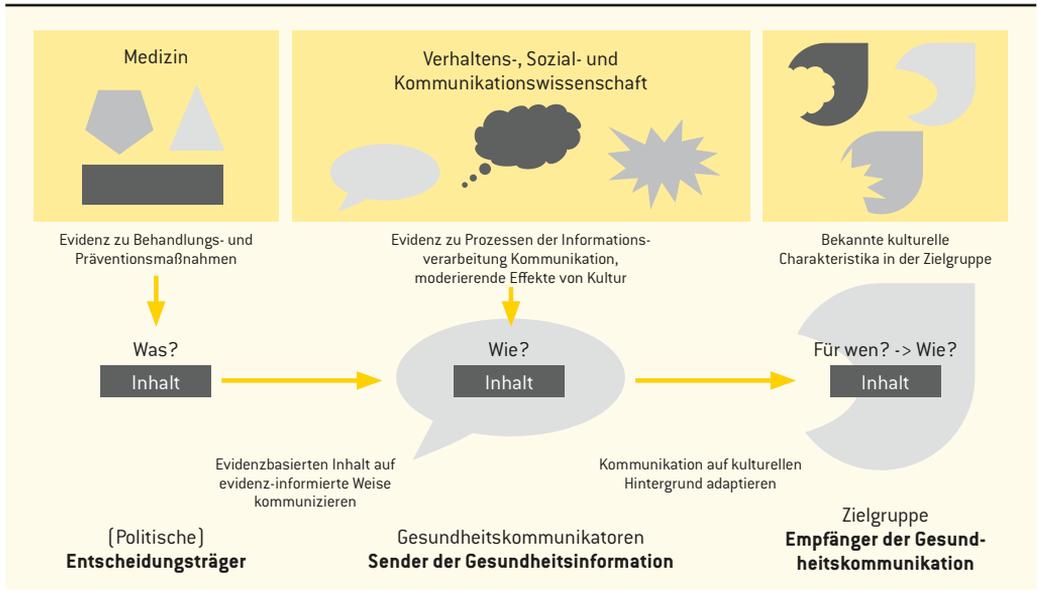
Die Neigung zu Individualismus oder Kollektivismus kann mittels einfacher Fragebogenskalen erfasst werden [z. B. Shulruf u. a. 2011]. Westliche Länder sind dabei stärker individualistisch, asiatisch-östliche Länder eher kollektivistisch. Jedoch gibt es auch innerhalb der Mitglieder einer Gesellschaft individuelle Unterschiede und unterschiedliche Ausprägungen im Kollektivismus und Individualismus; eine stärkere Orientierung auf ein ich- oder wir-bezogenes Selbstkonzept kann zudem durch Priming¹ aktiviert werden [Oyserman und Lee 2008]. Wie im Folgenden beschrieben, beeinflusst eine habituelle Neigung zu Individualismus vs. Kollektivismus Kognitionen, Emotionen und Motivation. Die Relevanz für die Gesundheitskommunikation wird zunächst anhand der kulturellen Kongruenzhypothese gezeigt.

>> Die kulturelle Kongruenzhypothese

Die kulturelle Kongruenzhypothese besagt, dass eine Passung der kulturellen Charakteristika des Empfängers und der Botschaft die Effektivität der

1 >>[Englisch] (Vor-)Bahnung, Vorbereitung, Zündung, [lat. primus der Erste], meint die Beeinflussung oder Veränderung eines Einstellungssets und global des Denkens, Fühlens und Handelns oder (auf einer mittleren Betrachtungsebene) auch die Voraktivierung eines Konzeptes (für neuronale Netze: Aktivierungsmusters) durch eine bestimmte Induktion.<< [Dorsch u. a. 2014]. Online verfügbar unter <https://portal.hogrefe.com/dorsch> [06.09.2017].

Kultursensitive Gesundheitskommunikation



» Abb. 1: Kultursensitive Gesundheitskommunikation. Evidenzbasierte Fakten werden durch Gesundheitskommunikatoren an die kulturellen Charakteristika der Zielgruppe angepasst. Durch die Passung wird ein besseres Verstehen, Behalten und ein größerer Effekt auf das Verhalten erreicht (Abbildung nach Betsch u. a. 2016).

Gesundheitsbotschaften erhöht, da die Inhalte besser verstanden und behalten werden und eher eine Einstellungsänderung bewirken (Alden u. a. 2014; Uskul u. a. 2009). Dies zeigt die Relevanz kultursensitiver Gesundheitskommunikation auf, da soziale Ungleichheit verhindert werden kann, wenn Gesundheitsinformationen für Mitglieder jeder Kultur gleichermaßen verständlich sind. Empirische Befunde bestätigen die Annahmen der kulturellen Kongruenzhypothese, indem sie beispielsweise zeigen, dass individualistisch geprägte Personen eher durch positiv formulierte Botschaften zu überzeugen sind, kollektivistische Personen eher durch ihrem Fokus entsprechende Negativ-Botschaften (Sherman u. a. 2011).

» Definition kultursensitive Gesundheitskommunikation

Kultursensitive Gesundheitskommunikation wird basierend auf dem Konzept des Tailorings und Targetings sowie der kulturellen Kongruenzhypothese definiert als die bewusste und evidenzbasierte Anpassung von Gesundheitsbotschaften und -angeboten auf den kulturellen Hintergrund des Rezipienten, um das Verständnis und Wissen für medizinische Entscheidungen zu fördern und im Bereich der Prävention die Effektivität und Überzeugungskraft von Botschaften zu erhöhen (Betsch u. a. 2016). Dieser Prozess ist in Abbildung

1 dargestellt. Evidenzbasierte Fakten werden durch Gesundheitskommunikatoren an die kulturellen Charakteristika der Zielgruppe angepasst. Durch die Passung wird ein besseres Verstehen, Behalten und ein größerer Effekt auf das Verhalten erreicht. In den folgenden Abschnitten wird die psychologische Forschung zu kulturellen Unterschieden erläutert und dann werden Implikationen für die Anpassung der Gesundheitskommunikation an diese Unterschiede abgeleitet.

>> Befunde aus der Psychologie: Wie Kultur die Wirkung von Gesundheitskommunikation beeinflusst

Dieser Abschnitt skizziert psychologische Befunde, die zeigen, dass kulturelle Unterschiede die Wirkung von Gesundheitskommunikation beeinflussen können. Unterschiede hinsichtlich Individualismus und Kollektivismus prägen die Sicht auf Gesundheit und Krankheit, beeinflussen die Struktur von Einstellungen, die Wirkung von Framing und das Vertrauen und die Verwendung von (sozialen) Medien. Viele der Befunde stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Jedoch können die Befunde in einem Gedankenexperiment stets auf Deutschland (eher individualistisch) und die hier lebenden Migrantinnen und Migranten (Syrien, Türkei, Asien – eher kollektivistisch) übertragen werden (vgl. Hofstede 2003).

Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit

Individualistische Individuen verfolgen das Ziel, einen gesunden Körper zu haben. Fitness und Wellness gelten als Wert an sich. Der gesunde Körper und ein hohes Maß an Fitness dienen der Selbstverwirklichung und Autonomie. Personen mit einem eher kollektivistischen Selbstkonzept verfolgen primär das Ziel, gesund zu sein, um für andere zu sorgen. Hier gilt Gesundheit als eine Ressource, um in der sozialen Hierarchie zu funktionieren. Beispielfhaft verdeutlicht dies eine Studie aus Kanada, in der Kanadier und Asiaten imaginierte Krankheiten bewerten und sich an vergangene Krankheitsereignisse erinnern sollten (Uskul und Hynie 2007 und 2013). So wurde erfasst, ob Personen sich eher an selbstbezogene oder auf andere bezogene Krankheitsfolgen erinnerten (Selbstbezogen: Ich wurde abhängig von dem Medikament und habe zugenommen; auf andere bezogen: Mein Sohn musste sich um mich kümmern.).

Höhere Kollektivismus-Werte korrelierten mit mehr Berichten über Folgen für andere. Es zeigte sich, dass Krankheit für Personen mit kollektivistischem Selbstkonzept der Zusammenbruch der Fähigkeit ist, für andere da zu sein und seine Pflichten zu erfüllen. So werden auch soziale Emotionen wie Scham, Schuld, oder Peinlichkeit stärker von Personen erlebt, die hohe Kollektivismus-Werte aufweisen. Dies zeigt, dass der motivationale Hintergrund, vor dem Gesundheit (z. B. in Präventionskampagnen) als hohes Gut beworben wird, stark variieren kann und die Darstellung von Krankheit (z. B. im Rahmen von Awarenesskampagnen) zu unterschiedlichen Emotionen führen kann.

Einstellung

Die Einstellung (z. B. zum Rauchen, zu gesunder Ernährung, zum Impfen) gilt als einer der stärksten Prädiktoren für Gesundheitsverhalten (Steinmetz u. a. 2016). Eine aktuelle theoretische Arbeit hat Literatur zu Kulturunterschieden integriert und wesentliche strukturelle Unterschiede des Einstellungskonzepts in Abhängigkeit von Individualismus und Kollektivismus aufgezeigt (Riemer u. a. 2014). Für Personen mit hohen Individualismus-Werten gilt das personenzentrierte Modell der Einstellungen. Dies ist das Modell, von dem bislang ausgegangen wurde. Hier ist die zentrale Annahme, dass Einstellungen stabile individuelle Präferenzen spiegeln, die unabhängig sind von den sozialen Normen und einen relativ größeren Einfluss haben als die in der jeweiligen Situation geltenden Normen (z. B. würde die Einstellung »Ich finde impfen wichtig« unabhängig von Kontext und geltenden sozialen Normen das Verhalten beeinflussen).

Bei Personen mit hohen Kollektivismus-Werten gilt das normativ-kontextuelle Modell, das beschreibt, dass Einstellungen sich je nach Kontext verändern können und auch die Sicht der anderen integrieren (z. B. in Form sozialer Normen; z. B. würde die Einstellung zum Impfen vor allem durch die im jeweiligen Kontext geltenden Normen beeinflusst werden. So wäre diese am Stammtisch mit Impfgegnern anders als beim impfbefürwortenden Kinderarzt.). So hat in der jeweiligen Situation die soziale Norm einen größeren Einfluss als die Einstellung, die ihrerseits ein Hybrid-Konstrukt aus persönlicher Präferenz und sozialer Norm ist. Das heißt, beachtet man kulturelle Unterschiede, so ist möglicherweise die Einstellung nicht mehr der stärkste Prädiktor für Verhalten, sodass aufwändige Maßnahmen zur Veränderung individueller Präferenzen unwirksam bleiben – zumindest in Bezug auf das gewünschte Verhalten.

Umgang mit Risiken

Wahrgenommenes Risiko ist ein wesentliches Konstrukt zur Vorhersage von Präventionsverhalten. Kulturelle Unterschiede in der Akzeptanz von Risiken finden sich eher zwischen sozialen Gruppen als zwischen Ländern (Renn u. a. 2000). Die wesentlichen Faktoren, die die Risikowahrnehmung bestimmen (Bedrohlichkeit, Unbekanntheit) beeinflussen über viele Kulturen hinweg die Risikowahrnehmung. Daher wird hier nicht mehr weiter auf Risikowahrnehmung eingegangen. Lediglich im Bereich der Darstellung von Risikoinformationen (Framing) kommt es zu kulturbasierten Unterschieden in der Verhaltenskonsequenz. Dies führt der folgende Abschnitt detaillierter aus.

Wirkung von Framing: Nutzen erzielen oder Kosten vermeiden?

Personen mit hohen Individualismus-Werten richten ihren Fokus in der Regel eher darauf, Gutes zu erreichen (statt Schlechtes zu vermeiden). Fragen danach, was durch Gesundheitsverhalten gewonnen und erreicht werden kann oder wie bestimmte Ziele erreicht werden können, sind hier daher wichtiger als für Personen mit hohen Kollektivismus-Werten. Diese fokussieren hingegen eher darauf, Schlechtes zu vermeiden und darauf, was sie verlieren können, wenn sie bestimmtes Gesundheitsverhalten nicht zeigen. Wie ein möglicher Verlust vermieden werden kann, ist hier der relevante Hebel. Je nach kulturellem Hintergrund sollte also das Framing, die verbale Verpackung derselben Botschaft, unterschiedlich gestaltet werden.

Dies zeigen verschiedene psychologische Experimente: Personen mit individualistischem Hintergrund benutzten z. B. mehr Zahnseide, wenn sie in einer Broschüre darauf hingewiesen wurden,

was sie dadurch erreichen können (gesunde Zähne, Gewinn-Frame). Personen mit kollektivistischem Hintergrund hingegen verwendeten mehr Zahnseide, wenn die Broschüre mögliche Bedrohungen und negative Effekte mangelhafter Zahnhygiene aufzeigte (Verlust-Frame; Sherman u. a. 2011). Dies zeigt, dass die einfache verbale Verpackung desselben Inhalts für Personen unterschiedlicher Kultur unterschiedlich effektiv sein kann.

Bereitschaft zur Kooperation und zu sozialem Handeln

Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens hat vor allem einen Nutzen für das Individuum selbst – beispielsweise ein geringeres Herzinfarktrisiko durch Bewegung und gesünderes Essen. Jedoch haben manche Verhaltensweisen auch einen sozialen Nutzen, wie z. B. das Impfen, das durch eine verringerte Transmissionswahrscheinlichkeit nach Impfung nicht nur den Geimpften schützt, sondern zusätzlich auch nichtgeimpfte Personen. Um diese Gemeinschaftsgüter – z. B. Infektionsschutz durch Impfungen – aufrechtzuerhalten, bedarf es eines bestimmten Maßes an Kooperation. Einige Befunde aus der Verhaltensökonomie weisen darauf hin, dass die Maximierung des individuellen Nutzens v. a. in individualistischen Kulturen zu finden ist, verbunden mit einer eher niedrigeren Kooperationsbereitschaft. Mitglieder kollektivistischer Kulturen hingegen sind kooperationsbereiter und streben nach der Maximierung des gemeinschaftlichen Nutzens (Wong und Hong 2005).

So zeigte sich z. B. in einer Studie im Bereich der Impfentscheidung, dass Personen aus einer kollektivistischen Kultur insgesamt eine größere Impfbereitschaft hatten; vermittelt durch den Gedanken, dass Impfen eine soziale Handlung ist (Böhm u. a. 2016). Wurde Personen aus einer individualisti-

schen Kultur vermittelt, dass Impfen eine soziale Handlung ist, stieg auch hier die Impfbereitschaft (Betsch u. a. 2017). Diese Befunde zeigen, dass in einigen Inhaltsbereichen Gesundheitsverhalten sowohl mit Betonung des individuellen als auch des kollektiven Nutzens beworben werden kann und dass die Botschaften je nach kulturellem Hintergrund der Rezipienten unterschiedlich wirken können. Dabei ist zu betonen, dass Hinweise auf den sozialen Nutzen auch in Gruppen wirkten, die den sozialen Nutzen habituell eher weniger fokussierten.

Verwendung von sozialen Medien als Quelle von Gesundheitsinformation

Soziale Medien (Facebook, Twitter u. a.) werden verstärkt auch von Gesundheitsorganisationen verwendet, um Kampagnen zu flankieren (z. B. www.facebook.com/organspende.info), in Notfällen oder bei Ausbrüchen aktuelle Informationen zu verbreiten (z. B. #masern, #zika) oder auch um mit den Leserinnen und Lesern zu interagieren (z. B. www.facebook.com/bmg.bund). Vertrauen ist ein wesentlicher Faktor für die Effektivität von Kommunikation. In Deutschland werden v. a. das Fernsehen und Tageszeitungen sowie Broschüren und das Internet als wichtigste Quellen noch vor dem Gespräch mit dem Arzt genannt (Gesundheitsmonitor 2006); Soziale Medien werden eher weniger genannt.

Eine aktuelle Studie zeigt gleichermaßen, dass Personen mit kollektivistischem Hintergrund (Asiaten) mehr Vertrauen in erfahrungsbasierte Angebote wie Soziale Medien haben; individualistisch orientierte Personen (Amerikaner) hatten eher Vertrauen in expertisenbasierte Webseiten (Song u. a. 2016). Dies spiegelt sich im Nutzerverhalten. Diese Unterschiede mögen, was allerdings spekulativ interpretiert ist, ihre Wurzeln haben in der Wichtigkeit der eigenen Gruppe. Wenn die Gruppe

als sehr relevant erlebt wird, kann sie auch als ein Ratgeber fungieren.

Auch wenn derzeit die Nutzung solcher Angebote in Deutschland noch nicht so weit verbreitet ist wie in anderen Kulturkreisen, sollten Gesundheitsorganisationen gerade in Zeiten, in denen die Korrektheit von Informationen in den Sozialen Medien diskutiert wird und in Bereichen wie dem Impfen viele Mythen und Falschinformationen vorhanden sind (Betsch u. a. 2012), Standards setzen und sich auch in diesem Bereich als vertrauenswürdige Informationsquellen etablieren. Online-Angebote eignen sich zudem sehr gut, um spezifisches (auch kulturelles) Tailoring mit adaptiven Webseiten anzubieten (Alden u. a. 2014; Hodge u. a. 2010; Krebs u. a. 2010). Auch sollten Soziale Medien genutzt werden, um v. a. Personen mit kollektivistischem Hintergrund anzusprechen, da diese möglicherweise eher zur Verwendung Sozialer Medien neigen (Song u. a. 2016).

» Implikationen für die Gestaltung von Kampagnen und Informationsangeboten

Im Folgenden fasse ich Implikationen für die Gestaltung von Kampagnen und Informationsangeboten zusammen, die sich aus der Definition von kultursensitiver Gesundheitskommunikation sowie den skizzierten Befunden ergeben.

Zunächst ist zu überlegen, ob Kultursensitivität in der Massenkommunikation überhaupt möglich ist. Kampagnen haben traditionsgemäß mehrere Motive und Slogans. So könnte auch bei breiten Zielgruppen das Kampagnenmaterial nicht nur an Oberflächenmerkmale (Geschlecht, Alter) ange-

passt werden, sondern auch inhaltlich an psychologische, kulturbasierte Unterschiede zwischen den Mitgliedern der Zielgruppe. Individualismus und Kollektivismus variieren, wie oben erwähnt, auch zwischen Personen einer Kultur (es gibt auch Deutsche mit relativ hohen Kollektivismus-Werten). Ein Tailoring kann hier auch innerhalb einer Kultur die Effektivität der Kampagne erhöhen. Online ist das Tailoring besonders gut umsetzbar; hier können z. B. Entscheidungshilfen nach der Abfrage demografischer Informationen besonders die Informationen auf den Nutzer zuschneiden und dann z. B. für kollektivistisch orientierte Personen auch Informationen über soziale Konsequenzen einer Entscheidung oder Informationen im Verlust- statt im Gewinn-Frame mit anbieten (Alden u. a. 2014).

Es ist jedoch wichtig festzuhalten, dass kultursensitive Gesundheitskommunikation mehr ist als Targeting und Tailoring und die Anpassung der Oberflächenmerkmale von Informationsangeboten an die kulturelle Diversität eines Landes. Auch die erwähnten Unterschiede im Blick auf Gesundheit vs. Krankheit sollten in Kampagnen beachtet werden. Kommunikationsstrategien sollten die unterschiedlichen Ziele, die mit Gesundheit verbunden sind, beachten. Während individualistische Personen eher Autonomie und Selbstverwirklichung verfolgen, ist für Personen mit einem kollektivistischeren Selbstkonzept soziales Funktionieren und soziale Konsequenzen relevant.

Kampagnen, die auf die Einstellung (z. B. zu Verhütung, zum Rauchen) abzielen, sollten beachten, dass soziale Normen für Personen mit kollektivistischerem Selbstkonzept eine stärkere Rolle spielen. Persönliche Präferenzen sind weniger wichtig als das, was andere relevante Personen aus dem Umfeld denken oder tun. Kampagnen sollten also im Blick haben, ob es um die Veränderung individueller Präferenzen oder die Betonung bzw. Veränderung sozialer Normen geht. Eine Kampagnenbotschaft

gerichtet an Personen mit individualistischem Selbstkonzept kann beispielsweise lauten: »Nicht-rauchen ist gut für deine Haut«, während Personen mit kollektivistischem Selbstkonzept eher durch »Rauchen schadet den Personen in deiner Nähe« zu erreichen sind. Dieses Beispiel integriert bereits die oben genannten Befunde zu Unterschieden in der Kooperationsbereitschaft und zur Wirkung von Gewinn- und Verlustframes (individualistisch: Gewinn-Frame, individueller Nutzen; kollektivistisch: Verlust-Frame, sozialer Nutzen).

»» Agenda für die Zukunft

Angesichts der Befunde und deren Implikationen wird deutlich, wie wichtig interdisziplinäre Forschung ist, die sich mit Verhaltenseinsichten (Behavioral Science Insights) beschäftigt. Ferner stammen die meisten Befunde aus dem anglo-amerikanischen Raum. Auch wenn die kulturellen Unterschiede zwischen Deutschland und Amerika nicht so groß sind wie zwischen Deutschland und den Ländern, aus denen die Mehrheit der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten stammen, wäre es dennoch wünschenswert, auch mehr Forschung im Bereich der kultursensitiven Gesundheitskommunikation mit deutschen Stichproben zu replizieren bzw. neue Fragestellungen zu untersuchen. Hierbei sollte auch der Bereich der interpersonalen Kommunikation (und nicht nur Massenkommunikation) beleuchtet werden, um evidenzbasierte Hinweise für Kultursensitivität in Beratungs- oder Arzt-Patientengesprächen ableiten zu können.

Zwingend erscheint eine Stärkung der Partnerschaft zwischen Wissenschaft und Anwendung, um zum einen Gesundheitsorganisationen bei

evidenzbasierter Gesundheitskommunikation zu unterstützen. Hierbei sind, wie schon erwähnt, Befunde aus dem Bereich der sogenannten Behavioral Science Insights, also Verhaltenswissenschaften wie der Psychologie, der Verhaltensökonomie oder Kommunikationswissenschaft, nützlich und sollten mit in die Planung von Kampagnen einbezogen werden. Zum anderen kann eine stärkere Partnerschaft zwischen Anwendung und Wissenschaft eine stringente (re) Evaluation des Effekts kultursensitiver Kommunikation bzw. Kampagnen mit diesem Ansatz befördern. Kulturell angepasste Kommunikationsstrategien sind teurer. Zunächst muss eruiert werden, welche Kulturunterschiede bestehen, wie diese die Wahrnehmung und Verarbeitung der Botschaften beeinflussen, um dann für die Bandbreite möglicher Rezipienten verschiedene Angebote mit jeweils passenden Botschaften oder Framings zu schaffen. Dieser notwendige Aufwand sollte durch Kosteneffektivitätsanalysen oder wenigstens Evaluationsstudien begleitet werden.

Angesichts gesellschaftlicher, demografischer und gesundheitspolitischer Entwicklungen, der Verbreitung gesundheitsschädlicher Lebensstile und der zunehmenden Bedrohungen durch Epidemien verstärkt sich der Bedarf, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Kommunikation über Gesundheit und Krankheit bildet einen wichtigen Bestandteil dieser Rahmenbedingungen. Sie spielt einerseits in der Gesundheitsversorgung eine Rolle, kann zur Vermittlung von Risiken und Handlungsoptionen eingesetzt werden und damit zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten beitragen. Andererseits kann suboptimale Kommunikation über Gesundheit auch zu einer verzerrten Risikowahrnehmung führen oder ungesunde Lebensweisen verstärken.

Die Gesundheitskommunikation als interdisziplinäres Forschungsfeld beschäftigt sich mit eben diesem Spannungsfeld und setzt sich mit

den sozialen und psychologischen Bedingungen, Bedeutungen und Folgen von gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter, intendierter und nicht-intendierter, intrapersonaler, interpersonaler, medialer und öffentlicher Kommunikation auseinander. Die Wissenschaft und universitäre Landschaft sei hiermit aufgerufen, neue Möglichkeiten zu erarbeiten, um exzellente Absolventen hervorzubringen, die interdisziplinär in den genannten Bereichen ausgebildet sind.

Innerhalb der Organisationen, die für Gesundheitskommunikation zuständig sind, sollten Routinen entwickelt werden, die zum einen Best Practice-Beispiele sammeln (in anderen Ländern, Inhaltsbereichen), und zum anderen darauf achten, dass nicht nur Bildmaterial an Alter, Geschlecht und kulturelle Vielfalt angepasst, sondern auch Botschaften und die Aufbereitung von Informationen an kulturelle Unterschiede adaptiert werden.

» Fazit

Kultursensitive Gesundheitskommunikation ist mehr, als die kulturelle Vielfalt eines Landes im Bildmaterial einer Kampagne zu spiegeln oder dasselbe Material in verschiedenen Sprachen anzubieten. Auch wenn Übersetzungen und eine kulturell diverse Bildsprache wichtige Bestandteile sind, beinhaltet kultursensitive Gesundheitskommunikation das Verständnis, dass Kultur psychologische Unterschiede produziert, die sowohl die Struktur unserer Einstellungen beeinflusst, als auch die Art, wie über Gesundheit und Krankheit oder über Kosten und Nutzen nachgedacht wird. Gesundheitskommunikation, die diese Unterschiede mit einbezieht, ist besser verständlich, kann besser erinnert werden und verändert Verhalten effektiver. Damit besteht die Chance, soziale Ungleichheit im Bereich der Gesundheitsversorgung zu reduzieren. Kultur und kulturelle Unterschiede sollten als Faktoren verstanden werden, die die Effektivität von Gesundheitskommunikation erhöhen können und mehr soziale Gerechtigkeit ermöglichen.

» Literatur

- Alden, D. L.; Friend, J.; Schapira, M.; Stiggelbout, A. (2014):** Cultural targeting and tailoring of shared decision making technology: a theoretical framework for improving the effectiveness of patient decision aids in culturally diverse groups. In: *Social Science & Medicine* (2014), 105, S. 1–8, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.002>.
- Betsch, C.; Bohm, R.; Airhihenbuwa, C. O.; Butler, R.; Chapman, G. B.; Haase, N.; Uskul, A. K. (2016):** Improving medical decision making and health promotion through culture-sensitive health communication: an agenda for science and practice. In: *Medical Decision Making*, 36(7), S. 811–833, <https://doi.org/10.1177/0272989X15600434>.

- Betsch, C.; Brewer, N. T.; Brocard, P.; Davies, P.; Gaissmaier, W.; Haase, N. u. a. (2012):** Opportunities and challenges of web 2.0 for vaccination decisions. In: *Vaccine* 30(25), S. 3727–3733.
- Böhm, R.; Betsch, C.; Korn, L.; Holtmann, C. (2016):** Exploring and promoting prosocial vaccination: a cross-cultural experiment on vaccination of health care personnel. In: *BioMed Research International*, 2016, S. 1–9, <https://doi.org/10.1155/2016/6870984>.
- Betsch, C.; Böhm, R.; Korn, L.; Holtmann, C. (2017):** On the benefits of explaining herd immunity in vaccine advocacy. In: *Nature Human Behaviour*, doi:10.1038/s41562-017-0056.
- Dorsch, F.; Wirtz, M. A.; Strohmer, J. (Hg.) (2014):** Dorsch – Lexikon der Psychologie. Bern, 17. vollständig überarbeitete Auflage.
- Gesundheitsmonitor 2006:** Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh.
- Hodge, D. R.; Jackson, K. F.; Vaughn, M. G. (2010):** Culturally sensitive interventions and health and behavioral health youth outcomes: a meta-analytic review. In: *Social Work in Health Care*, 49(5), S. 401–423, <https://doi.org/10.1080/00981381003648398>.
- Hofstede, G. (2003):** Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations (second). Thousand Oaks, Californien.
- Kitayama, S.; Uskul, A. K. (2011):** Culture, mind and the brain: current evidence and future directions. In: *Annual Review of Psychology*, 62, S. 419–449, <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145357>.
- Krebs, P.; Prochaska, J. O.; Rossi, J. S. (2010):** A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change. In: *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 51(3–4), S. 214–221, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.06.004>.
- Oyserman, D.; Lee, S. W. S. (2008):** Does culture influence what and how we think? Effects of priming individualism and collectivism. In: *Psychological Bulletin*, 134(2), S. 311–342, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.311>.
- Renn, O.; Rohrmann, B. (2000):** Cross-cultural risk perception: a survey of empirical studies (Vol. 13). Springer Science & Business Media. Online verfügbar unter [https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=fuV12xahpJwC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Rohrmann+B.+Cross-cultural+studies+on+the+perception+and+evaluation+of+hazards.+In:+Renn+O,+Rohrmann+B,+eds.+Cross-Cultural+Risk+Perception:+A+Survey+of+Empirical+Studies.+Dordrecht+\(the+Netherlands\):+Kluwer+Academic+Publishers%3B+2000.+p+103%E2%80%938fAEaMXhjz&sig=pZgwt6gx8UXMeLXvbtZs1pkcErw](https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=fuV12xahpJwC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Rohrmann+B.+Cross-cultural+studies+on+the+perception+and+evaluation+of+hazards.+In:+Renn+O,+Rohrmann+B,+eds.+Cross-Cultural+Risk+Perception:+A+Survey+of+Empirical+Studies.+Dordrecht+(the+Netherlands):+Kluwer+Academic+Publishers%3B+2000.+p+103%E2%80%938fAEaMXhjz&sig=pZgwt6gx8UXMeLXvbtZs1pkcErw) [13.09.2017].
- Riemer, H.; Shavitt, S.; Koo, M.; Markus, H. R. (2014):** Preferences don't have to be personal: expanding attitude theorizing with a cross-cultural perspective. In: *Psychological Review*, 121(4), S. 619–648. <https://doi.org/10.1037/a0037666>.
- Schmid, K. L.; Rivers, S. E.; Latimer, A. E.; Salovey, P. (2008):** Targeting or tailoring? In: *Marketing Health Services*, 28(1), S. 32–37.
- Sherman, D. K.; Uskul, A. K.; Updegraff, J. A. (2011):** The role of the self in responses to health communications: a cultural perspective. Self and identity. In: *The Journal of the International Society for Self and Identity*, 10(3), S. 284–294, <https://doi.org/10.1080/15298868.2010.517029>.

- Shulruf, B.; Alesi, M.; Ciochină, L.; Faria, L.; Hattie, J.; Hong, F.; Watkins, D. (2011):** Measuring collectivism and individualism in the third millennium. In: *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 39(2), S. 173–187, <https://doi.org/10.2224/sbp.2011.39.2.173>.
- Song, H.; Omori, K.; Kim, J.; Tenzek, K. E.; Hawkins, J. M.; Lin, W.-Y.; Jung, J.-Y. (2016):** Trusting social media as a source of health information: Online surveys comparing the United States, Korea and Hong Kong. In: *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e25, <https://doi.org/10.2196/jmir.4193>.
- Steinmetz, H.; Knappstein, M.; Ajzen, I.; Schmidt, P.; Kabst, R. (2016):** How effective are behavior change interventions based on the theory of planned behavior?: A three-level meta-analysis. In: *Zeitschrift für Psychologie*, 224(3), S. 216–233, <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000255>.
- Uskul, A. K.; Hynie, M. (2007):** Self-construal and concerns elicited by imagined and real health problems. In: *Journal of Applied Social Psychology*, 37(9), S. 2156–2189.
- Uskul, A. K.; Hynie, M. (2013):** The role of self-aspects in emotions elicited by threats to physical health. In: *ResearchGate*, 29(2), <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.843683>.
- Uskul, A. K.; Kitayama, S.; Nisbett, R. E. (2008):** Ecocultural basis of cognition: farmers and fishermen are more holistic than herders. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(25), S. 8552–8556, <https://doi.org/10.1073/pnas.0803874105>.
- Uskul, A. K.; Sherman, D. K.; Fitzgibbon, J. (2009):** The cultural congruency effect: culture, regulatory focus and the effectiveness of gain-vs. Loss-framed health messages. In: *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(3), S. 535–541.
- Wong, R. Y.-M.; Hong, Y.-Y. (2005):** Dynamic influences of culture on cooperation in the prisoner's dilemma. In: *Psychological Science*, 16(6), S. 429–434, <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01552.x>.

>> 01.4

Gesundheitsversorgung: Ein Blick in die Praxis interkultureller Kommunikation im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Erika Sievers

>> Einführung: Aufgabenfelder des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des öffentlichen Gesundheitsdienstes (KJGD) hat eine zentrale Bedeutung für die gelingende Umsetzung von Förderung, Erhaltung und Schutz der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in der Kommune (vgl. Tab. 1). Besondere Gesichtspunkte bieten sich im Rahmen institutioneller Zuständigkeiten z. B. für Kindertagesstätten, im Rahmen der Schulgesundheitspflege sowie weiterer Handlungsfelder in der Begutachtung, Prävention und Gesundheitsberichterstattung.

Zielsetzungen der Integration und Inklusion erfordern eine Ausrichtung auf die Diversität der Bedarfe und individuellen Möglichkeiten aller Kinder und Jugendlichen ebenso wie auf die in Deutschland bestehende kulturelle Vielfalt ihrer Familien. Hierbei sind im KJGD subsidiäre, (sozial)kompensatorische Aspekte besonders bedeutsam.

Gerade für Kinder mit Zuwanderungsgeschichte und ihre Familien sind gelingende erste Kontakte mit dem Gesundheitssystem ebenso wichtig wie die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen. Kompetenzen in der Kommunikation sind nicht nur unter diesem Gesichtspunkt in der Tätigkeit im KJGD besonders bedeutsam. Sie haben auch in der Vernetzung und Kooperation mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Funktionsträgern, die Aufgaben für diese Altersgruppe wahrnehmen, eine Schlüsselfunktion.

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigten bereits 2008 konkrete Herausforderungen auf (Robert Koch-Institut 2008). Insbesondere der Zugang zu Präventionsmaßnahmen wie den Vorsorgeuntersuchungen, Mundgesundheitsverhalten oder der aktuell empfohlenen Impfprävention schien unbefriedigend. Dies galt insbesondere bei der Zuwanderung nach der Geburt oder beidseitigem Migrationshintergrund der Eltern. Positive Ergebnisse, z. B. für die Häufigkeit des Stillens oder niedrigen Tabak- und Alkoholkonsum, wiesen darauf

Beispielhafte Aufgabenfelder des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Aufgabenfelder des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes	Beispielhafte Ansatzpunkte
Frühe Hilfen, Schwangeren- und Mütterberatung	Sprechstunden, aufsuchende Angebote, Kooperation mit anderen Akteuren in der Kommune
Schulärztliche Untersuchungen	Schulanfängeruntersuchungen Seiteneinsteigende Schüler aus dem Ausland
Betriebsärztliche Aufgaben für Gemeinschaftseinrichtungen	Beratung von Pädagogen und Eltern, subsidiäre Untersuchungsangebote, Schulsprechstunden
Begutachtung auf Anforderung anderer Behörden	Kindertagesstätten, ASD/Jugendamt, Sozialamt, z. B. Eingliederungshilfe Ausländeramt: Reisefähigkeit
Gesundheitsförderung, Prävention	Planung, Implementierung von Maßnahmen auf kommunaler Ebene, in Gemeinschaftseinrichtungen, ggf. Initiierung oder Umsetzung von Projekten
Aufgaben mit subsidiärem bzw. sozialkompensatorischem Ansatz	Humanitäre Sprechstunden: Minderjährige ohne Papiere, mit ungeklärtem Versicherungsstatus, Elternberatungen, Vorträge, Impfberatungen, Impfungen, Vermittlung von Betreuungs- und Behandlungsangeboten in Kooperation mit anderen Akteuren

» Tab 1: Beispielhafte Aufgabenfelder des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

hin, dass auch gesundheitsrelevante Ressourcen in den Blick zu nehmen sind. Dies können beispielsweise familiäre Strukturen und Traditionen, soziale Netzwerke oder auch die kompetente Nutzung moderner Medien sein.

Migrationsursachen, die familiäre Migrationsgeschichte und Erfahrungen auf dem Weg nach Deutschland sowie hier vor Ort sind individuell verschieden. Letztendlich prägt die konkrete physische und psychische Gesundheitssituation aller Familienmitglieder die Situation, in der ihre Kinder auf unser Gesundheitssystem treffen. Hierbei ist

im Sinne hoher fachlicher Versorgungsqualität bei zunehmender Spezialisierung die Versorgung im Regelsystem anzustreben. Dies erfordert die sektorenübergreifende Ausrichtung sozialpädiatrischer Versorgung im Sinne der Transkulturellen Pädiatrie [Fachausschuss Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie 2009; ISSOP 2017] auf der Basis einer entsprechenden Strukturqualität. Es ist eine Herausforderung an die Differenzsensibilität und kulturelle Kompetenz aller Akteure in diesem Bereich sowie im Bereich der interkulturellen Kommunikation.

» Eckdaten zur Zuwanderung von Minderjährigen aus dem Ausland

Der aktuelle Zustrom minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland machte 2015 bestehende strukturelle Handlungsbedarfe für die Gesundheit immigrierender Kinder offenkundig. Drei Faktoren sind hier von besonderer Bedeutung:

1. Im letzten Jahrzehnt ist eine deutliche Änderung des Zuwanderungsprofils erfolgt, ohne dass eine systematische und bedarfsentsprechende Adaptation im Angebotsbereich für Familien mit Migrationshintergrund erfolgte. So fehlten 2015 vor allem Angebote in arabischer Sprache. Unter den 20 häufigsten Herkunftsländern waren 2015 Rumänien, Polen und Bulgarien, aber auch China und Indien, außerdem Syrien, Afghanistan und der Irak, die gleichzeitig bei den Asylerstantragstellenden führend sind (Statistisches Bundesamt 2017; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017). Hier wurden auch Pakistan, der Iran, Eritrea und Nigeria bedeutsam. Auch Einflüsse anderer Sprachen, Kulturen, Traditionen und Religionen, mit denen kaum Vorerfahrungen vorlagen, spielten in der Kommunikation der Fachdienste eine zunehmende Rolle.
2. Durch das bundesweite Verteilungsverfahren nach dem Königsteiner Schlüssel kamen Flüchtlinge auch in Regionen mit bisher geringem Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund. Da für die Hauptherkunftsländer 2015/2016 auch auf Bundesebene fachliche und organisatorische Klärungsbedarfe bestanden, lagen hier besondere Herausforderungen vor.
3. 2015 entsprachen die 310.171 zugewanderten Minderjährigen einem Anteil von über 2,3 % aller Minderjährigen in Deutschland. Sie werden über

alle Altersstufen hinweg auch neu als Quereinsteigende in das System der Früherkennungsuntersuchungen in der Kinder- und Jugendmedizin aufgenommen. Nimmt man die Zahl der Lebendgeborenen, die jährlich neu mit Früherkennungsuntersuchungen beginnen zum Vergleich, entspricht dies einem Anteil von 42 %. (Statistisches Bundesamt 2017; Statistisches Bundesamt 2016). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an den Asylerstantragstellern in Deutschland lag 2016 bereits bei 36 % (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017; vgl. Tab. 2), die Tendenz ist steigend. Weltweit sind 51 % der Flüchtlinge Kinder und Jugendliche (UNICEF 2016). Ihr Zugang zu Bildung, Gesundheitsvorsorge und sozialer Sicherheit ist für ihre Entwicklung bedeutend und wird durch das Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen, der UN-Kinderrechtskonvention (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014), gestützt.

Aus Perspektive dieses Übereinkommens ist der unterschiedliche Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens für zuwandernde Kinder in Deutschland kaum nachvollziehbar. Der Wohnort und das Bundesland sind entscheidend a.) für die Organisation des Zugangs zu Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz über eine elektronische Gesundheitskarte oder Berechtigungsscheine des Sozialamts und b.) für die Durchführung der Untersuchung von Seiteneinsteigenden zu Schulbeginn, die nicht in allen Bundesländern verankert sind. Gleichzeitig können unterschiedliche Leistungsansprüche mit dem Status verbunden sein, z. B. für unbegleitete minderjährige Ausländer über die Inobhutnahme durch das Jugendamt, für Asylantragstellende über das Asylbewerberleistungsgesetz oder für Familien ohne Papiere und ohne Krankenversicherung.

Eine internationale Vergleichsuntersuchung (Hjern u. a. 2017) zeigt Alternativen auf. Zu diesen

Asylerstanträge nach Altersgruppen

Altersgruppen	Asylerstanträge	Anteil aller Asylerstanträge in %
Bis unter 4 Jahre	78.192	10,8
Von 4 bis unter 6 Jahre	27.668	3,8
Von 6 bis unter 18 Jahre	155.562	21,5
Bis 18 Jahre gesamt	261.386	36,1
Von 18 bis unter 30 Jahre	271.413	39,6
Alle Anträge insgesamt	722.370	100

» Tab 2: Asylerstanträge nach Altersgruppen. (Januar bis August 2016);
Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Aktuelle Zahlen zu Asyl

zählt, dass in Europa vier Staaten ausdrücklich allen Kindern uneingeschränkt die gleichen Rechte auf Gesundheitsversorgung einräumen wie ihren eigenen Staatsangehörigen: Frankreich, Italien, Portugal und Spanien.

» Zentrale Inhalte der Qualifizierung

Diversitäts- und Kultursensibilität

Familien mit ausländischen Wurzeln spiegeln sowohl die Vielfalt ihrer Herkunftsländer, als auch ihrer Lebenserfahrungen dort mit allen Facetten: Soziales Milieu, Bildungsstand und Berufsleben, im religiösen Kontext bestehende Überzeugungen, bisherige Traditionen, Sitten, kulturelle Standards

und Werthaltungen sind prägend. Sie können für den bisherigen Zugang zu gesundheitsförderlichen oder gefährdenden Faktoren genauso bedeutsam gewesen sein wie für die individuelle Gesundheit und das aktuelle individuelle Wissen hierzu. Migration setzt gleichzeitig Mobilität und Flexibilität voraus und ist mit multikulturellen Erfahrungen ebenso verbunden wie mit besonderen Kompetenzen in der Lösung von Problemen. Hinzu kommen individuelle persönliche Vorstellungen, Ziele und Lebensstile, die ggf. auch von eigenen Traditionen vollkommen abweichende Entscheidungen für die in Deutschland liegende Zukunft eines Kindes bestimmen. Die Situation in Deutschland unterscheidet sich dann insbesondere in den Gestaltungsmöglichkeiten initial oft sehr deutlich.

Das grundsätzliche Bewusstsein der Diversität dieser gesundheitsrelevanten Faktoren trägt dazu bei, Stereotypisierungen und »kulturelle« Zuschreibungen bei Familien mit Zuwanderungsgeschichte zu vermeiden. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer

er gewinnen die gelungene Integration und die Integrationsmöglichkeiten in Deutschland mit allen Facetten an Bedeutung.

Auf der Seite der Professionellen ist Selbstreflexion mit dem Blick auf eigene kulturelle Standards, kulturelle Gebundenheit und andere prägende Faktoren wichtig. Spezifisches Fachwissen zu kulturellen, traditionellen oder anderen Aspekten der Familien mit Zuwanderungsgeschichte kann zwar nicht vorausgesetzt werden. Aber es bieten sich konkrete hilfreiche Ansatzpunkte, um die Rahmenbedingungen personaler Kommunikation zu unterstützen, wie zwei Beispiele verdeutlichen:

- Interkulturelle Kalender, die frei verfügbar sind, verzeichnen Festtage anderer Religionen und Kulturen. Bei der Planung von Schuleingangsuntersuchungen könnten sie beispielsweise herangezogen werden, um in Schulen mit hohem Anteil muslimischer Schüler wichtige Feiertage zu berücksichtigen.
- Ein Qualitätskriterium der Angebote für Familien mit Zuwanderungshintergrund sind fortlaufende Anpassungen an die in der Kommune häufig vertretenen Herkunftsländer und Regionen. Für den KJGD ist beispielsweise bedeutsam, dass derzeit zunehmend und mit kommunalen Schwerpunkten Jesiden nach Deutschland kommen. Ein gegenseitiger Informationsaustausch vor Ort kann idealer Weise die Grundvoraussetzungen der Kommunikation mit Eltern im Einzelkontakt verbessern.

Der KJGD kann über die für die Kindergesundheit relevanten Abläufe und Strukturen vor Ort informieren und andere Ansprechpartner benennen, wie z. B. Elternselbsthilfeorganisationen oder Jugendmigrationsdienste als Ansprechpartner für die Altersgruppe von 12 bis 27 Jahren.

Öffentlich benannte Ansprechpartner für zugewanderte Familien im KJGD erleichtern eine Kontaktaufnahme von außen.

Die Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen erleichtert den Austausch, das dortige Potential der Selbsthilfe kann einbezogen werden.

Beispiele aus dem Ausland zeigen, wie diversitätsorientierte Gesundheitsversorgung durch eine übergreifende Rahmgebung unterstützt werden kann.

»Caring for Kids New to Canada« bietet als Informationsportal in Kanada eine Plattform, die unterschiedlichste, über die eigentliche medizinische Versorgung und kulturelle Kompetenzen hinausgehende Informationen für die Versorgung von immigrierenden Kindern vermittelt (www.kidsnewtocanada.ca/culture/adaptation).

Die »Nationalen Programme Migration und Gesundheit« setzten seit 2002 in der Schweiz wichtige Schritte zur Strukturqualität um, wie z. B. den Aufbau eines nationalen Telefondolmetscherdienstes und die Förderung der »Swiss hospitals for equity«. (www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit.html).

Nationale Standards für kulturell und sprachlich angemessene Angebote im Gesundheits- und Pflegewesen bestehen in den USA ebenso wie online verfügbare Fortbildungsangebote (www.thinkculturalhealth.hhs.gov/) über das Center for Linguistic and Cultural Competency in Health Care des US Department of Minority Health.

Kulturelle Kompetenz

Fachkräfte im KJGD sollten so qualifiziert sein, dass sie in interkulturellen Situationen angemessen, zielorientiert und effektiv handeln können. Einer wertschätzenden Haltung kommt hier eine Schlüsselfunktion zu. Von grundlegender Bedeutung sind gleichzeitig kulturelle Kompetenz und spezifisches fachliches Wissen.

Die Herausforderung wird gerade in der Praxis und bei der Kommunikation in zeitlich eng getakteten Schuleingangsuntersuchungen deutlich. Diese Chance ist für die Kinder im Sinne bestmöglicher schulischer Startbedingungen zu nutzen. Die Rahmenbedingungen sollten so gut wie möglich gestaltet werden. Hier werden Weichen für die passgenaue Unterstützung schulrelevanter gesundheitlicher Probleme von Anfang an gestellt. Gleichzeitig ist diese Untersuchung eine Schnittstelle, an der viele Faktoren einfließen können: Erziehungsstile und -ziele, Facetten von Religion, Tradition oder regionalem Brauchtum.

Bereits vor Gesprächsbeginn können sich interkulturelle Irritationen z. B. durch Äußerlichkeiten der Kleidung ergeben: Einerseits kann eine sehr traditionelle landestypische oder besonders bedeckende Kleidung in den Familien entsprechende Annahmen zur Kindererziehung befördern, andererseits kann auch das Fehlen des im KJGD unüblichen weißen Arztkittels irritieren, wenn dieser als Berufskleidung erwartet und mit hoher Kompetenz verbunden wird. Welche Bedeutung dieser Irritation letztendlich zukommen wird, bleibt zunächst offen.

Wie hoch die Bedeutung sprachlicher und kultureller Faktoren sein kann, wird bei den verwendeten Testmaterialien deutlich, die kaum sprachfrei zu gestalten sind. Bildmaterial kann Gegenstände, Pflanzen und Tiere zeigen, die Kindern nicht überall selbstverständlich sind. Tests sind darüber hinaus meist mit in Deutschland aufgewachsenen Kindern entwickelt bzw. nachnormiert worden. Ergebnisse spiegeln selbst bei repräsentativer Auswahl hier aufgewachsener Kinder auch Effekte vorausgehender Erziehung, Förderung und Prävention in Familie und Kindertagesstätte. Unterschiedliche Einflüsse können beispielsweise eingehen durch verschiedene Spiele, Malen oder der Frühförderung aufgrund bei Vorsorgeuntersuchungen festgestellter Bedarfe. Gerade bei der individuellen Zuwendung Erwachsener können in-

terkulturelle Unterschiede bestehen. Klinische Erfahrung und die Kenntnis der Variabilität der Erwartungen an Kinder und ihrer Förderung vor Schulbeginn erleichtern es im KJGD, im Bedarfsfall Ansätze für konkrete Unterstützung zu finden. Deren Umsetzung den Familien auch erfolgreich zu vermitteln, erfordert besondere Sensibilität im Elterngespräch.

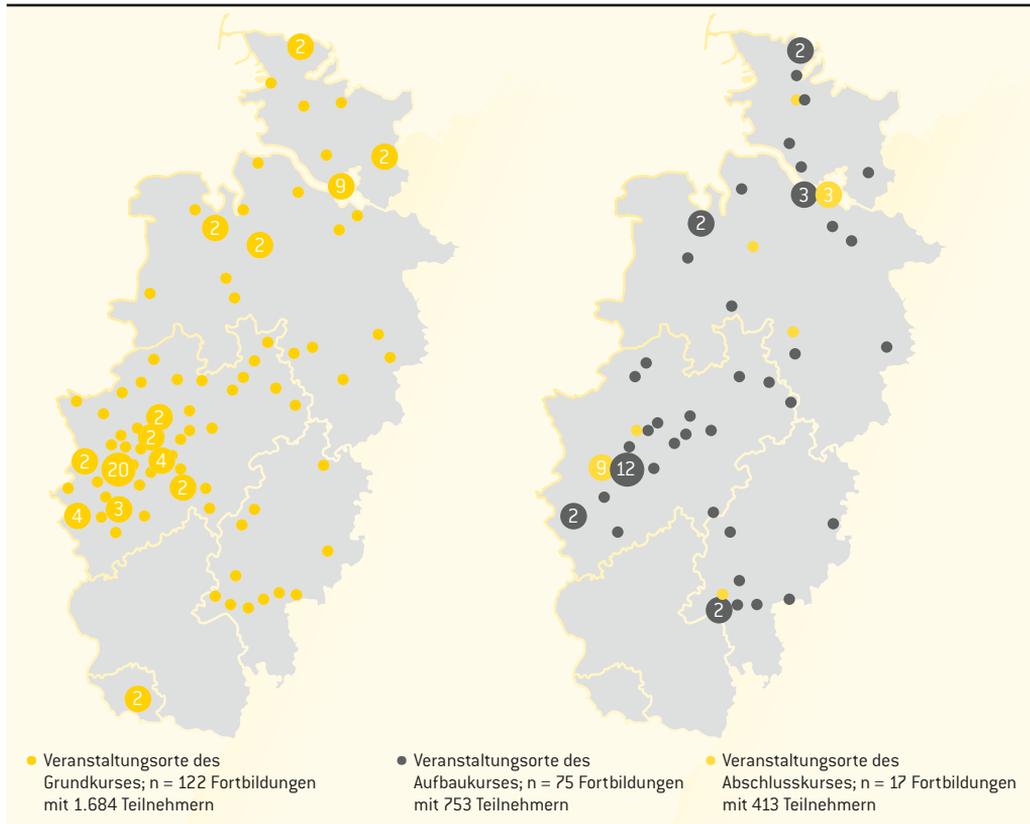
Grundlegende Kompetenzen im Bereich der interkulturellen Kommunikation werden jetzt zunehmend mit aktuellen Ausbildungskonzepten vermittelt. Bei Fachkräften im Gesundheitswesen mit länger zurückliegenden Ausbildungen ist dies oft nicht der Fall, entsprechende Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote sind jedoch wichtig. Die Akzeptanz ist besonders hoch, wenn eine Ausrichtung am beruflichen Alltag erfolgt. Ein Beispiel ist das Konzept »Migration und Gesundheit. Kulturelle Kompetenz im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst« MIKKI (Sievers 2011) an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

Dieses Konzept umfasst

- fachthematische Fortbildungen zur Transkulturellen Pädiatrie im KJKGD,
- Einzelbeiträge zur Gesundheit von Migrantenkindern in Fortbildungen zu anderen Themenschwerpunkten,
- ein dreistufiges Schwerpunktprogramm zur interkulturellen Kommunikation.

Dieses Konzept führt sowohl sozialpädiatrische, als auch kulturwissenschaftliche Inhalte zusammen. Es berücksichtigt als zentrales Anliegen, Experten mit eigener Migrationsgeschichte einzubeziehen, die aus verschiedenen Fachbereichen kommen. Durchgängig werden anderskulturelle Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Heilung – aber auch Kindheit – eingebunden. In der gemeinsamen Diskussion werden bedarfsentsprechend konkrete Lösungsansätze für besondere Fragen, den Umgang mit interkulturellen Missverständnissen oder Konflikten erarbeitet.

Interkulturelle Kommunikation im KJGD (2008 bis 2016)



>> Abb. 1: »Migration und Gesundheit. Kulturelle Kompetenz im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst«. Regionale Angebote im dreistufigen Kursangebot zur Interkulturellen Kommunikation in KJGD 2009 bis 2016. Grund-, Aufbau- und Abschlusskurse – Regionale Verteilung 2008–2016 mit 1.684, 753 und 413 Teilnehmern.

Besondere Erfolgsfaktoren des Programms sind hierbei – eine fortlaufende praxisnahe Neuausrichtung des Themenspektrums an den Bedarfen der Teilnehmer, – die Bearbeitung konkreter Fallbeispiele, bei denen interkulturelle Kommunikation bedeutsam ist, die von Teilnehmern aus ihrer Praxis ebenso eingebracht werden können wie besondere grundsätzliche Themenstellungen,

– die dezentrale Konzeption mit der Möglichkeit der ortsnahen Teamschulung und Themensetzung. Bis Ende 2016 konnten bereits über 1.684 Teilnehmer in die Einführungskurse aufgenommen werden (Abb. 1). Beispielhaft seien oft wiederkehrende Diskussionspunkte dargestellt:

Praxisbeispiel 1: Pünktlichkeit. In Deutschland wird allgemein erwartet, dass Untersuchungstermi-

ne genau eingehalten werden. Ein reibungsloser organisatorischer Ablauf ist gerade bei enger Zeittaktung wie bei den Untersuchungen vor Schulbeginn eine Grundvoraussetzung. Das Verständnis von »Pünktlichkeit« kann aber anders sein, beispielsweise mit einer größerer Toleranzbreite. Ein Termin kann auch unterschiedlich interpretiert werden, z. B. als Absichtserklärung. Wichtigen, unvorhergesehenen sozialen Verpflichtungen kann eine höhere Bedeutung eingeräumt werden. »Verspätungen« müssen daher nicht grundsätzlich mangelndes Interesse oder fehlende Wertschätzung bedeuten. Oft bestehen auch falsche Vorstellungen von den Abläufen.

In diesem möglichen Spannungsfeld gibt es zugleich praktische Ansätze, um notwendige Lösungen im Sinne eines reibungslosen Ablaufs zu unterstützen: Ergänzende Informationen können über Ansprechpartner der Familien wie die Kindertagesstätte oder die Schule, telefonisch oder auch generell über die Presse oder Ansprechpartner bei den Migrantenselbstorganisationen erfolgen. Finden die Untersuchungen zentral statt, sollte im Rahmen der Vororganisation die verkehrstechnische Realisierbarkeit früher Termine aus bestimmten Wohngebieten berücksichtigt werden. Eine Lösungsoption wäre ggf. die Vergabe späterer Termine. Entstehen Irritationen durch gehäufte Absagen, sollte geklärt werden, ob eine Terminüberschneidung mit in Deutschland unüblichen religiösen Feiertagen möglich ist. Da die Einladung zur Untersuchung meist schriftlich in deutscher Sprache erfolgt, sollte letztendlich auch an mangelnde Deutschkenntnisse oder mangelnde Alphabetisierung gedacht werden. Auf einen Telefonkontakt für Nachfragen wäre dann so hinzuweisen, dass dies verständlich wird.

Bei kurzen Terminen, z. B. für Impfungen in Impfsprechstunden, haben sich auch offene, nicht zeitlich gebundene Angebote in bestimmten Zeitfenstern bewährt.

Praxisbeispiel 2: Das Kind in der Familie. Auch die Verantwortlichkeit für das Kind und seine Stellung in der Familie sind in verschiedenen Kulturen unterschiedlich. In Deutschland steht die Rolle der Eltern im Vordergrund, in anderen Kulturen können die Bedeutung und die damit verbundene Verpflichtung der Großeltern oder anderer Verwandter viel größer sein. Möchten dann mehrere Begleitpersonen an der Untersuchung teilhaben, verdeutlicht meist der Hinweis auf die beengten Platzverhältnisse, dass dies nicht möglich ist. Da dadurch spätere Entscheidungen erheblich beeinflusst werden können, kann ein kurzes Vorgespräch und bei Bedarf ein Gespräch nach der Untersuchung zusätzlich mit einem von der Gruppe benannten Familienmitglied hilfreich sein.

» Interkulturelle Kommunikation – Besondere Anlässe und Themen im KJGD

Ansteckungsgefahren durch Infektionskrankheiten

In der schulärztlichen Tätigkeit des KJGD und seiner Zuständigkeit mit Blick auf Gemeinschaftseinrichtungen wird immer wieder die Frage nach Ansteckungsgefahren durch Infektionskrankheiten von Flüchtlingsfamilien aufgeworfen. Dies fordert die öffentliche Kommunikation heraus. Die bei Asylsuchenden festgestellten Erkrankungen entsprechen überwiegend denen der einheimischen Bevölkerung. Impfpräventable Krankheiten und Magen-Darm-Infektionen stehen im Vordergrund [Robert Koch-Institut 2017]. Screening-Programme

bei Flüchtlingen erfassen darüber hinaus auch Fälle von Tuberkulose und Hepatitis B und C oder andere seltene, schwere Infektionen, die in einigen Herkunftsländern verbreiteter sind als in Deutschland.

Interkulturelle Irritationen im Bereich der Impfprävention sind eher selten, da Impfungen weltweit etabliert und in der Regel bekannt und positiv besetzt sind. Problemfelder sind hier zum einen die Erhebung bisheriger Impfungen bei fremdsprachigen Unterlagen, fehlende Impfdokumente und ein niederschwellig zugängliches kostenfreies Angebot.

Die Kommunikation von Gesundheitsthemen rund um die Geburt

Familien sind in der Schwangerschaft und bis zum Ende des Säuglingsalters besonders gut für Gesundheitsinformationen ansprechbar. werdende junge zuwandernde Familien haben oft individuelle kulturelle Gesundheits-, Krankheits- und Familienkonzepte. Gesundheitswissen um Vorsorge, Screenings, Behandlungsverfahren und dem Gesundheitssystem in Deutschland können nicht vorausgesetzt werden. Für einen zeitgerechten Zugang zu Maßnahmen, die später nicht oder nicht vollständig kompensierbar sind, ist dies aber essentiell. Daher ist sicherzustellen, dass eine zeitnahe Information hierzu erfolgt und niederschwellig Zugangsmöglichkeiten geschaffen werden. Kultursensible Kommunikation erleichtert dies sehr. In der Praxis ist das Modell aufsuchender Willkommensbesuche empfehlenswert, die individuell und in Gemeinschaftsunterkünften ggf. auch in Kleingruppen erfolgen können. Es sollte jedoch gesichert sein, dass diese durch Sprach- und Kulturmittlung unterstützt werden können.

Ein schwierig zu kommunizierendes Thema ist die Säuglingssterblichkeit. Sie wurde in Deutschland bis 2015 vor dem Hintergrund der aktuellen

prä-, peri- und postnatalen Medizin auf 3,3 % gesenkt, für Staaten wie Pakistan oder Afghanistan lag sie bei über 65 % (UNICEF 2015). Erfreulicherweise sind Todesfälle im ersten Lebensjahr selten. Systematische Maßnahmen zur Prävention sind komplex und umfassen das o. g. Spektrum. Dass sie bei ausländischen Säuglingen im deutschen Gesundheitssystem deutlich erhöht ist, zeigt Handlungsbedarf auf.

Ein häufiger Beratungsanlass im ersten Lebensjahr sind Fragen zur Säuglingsernährung, ein Thema das traditionellen und regionalen Einflüssen unterliegt. Empfohlen wird weltweit, in den ersten Lebensmonaten ausschließlich zu stillen. Kommunikationsbedarf besteht oft zur Frage, ob, wann und ggf. was ergänzend zugefüttert werden sollte.

- Während die erste Milch, das Kolostrum, heute als sehr bedeutsam für das Neugeborene gilt, gibt es Regionen, in denen dies von einem Teil der Bevölkerung anders gesehen, das Kolostrum traditionell verworfen und anderes zugefüttert wird.
- Im Hinduismus kann dem Baby kurz nach der Geburt Honig in den Mund gegeben werden – etwas Süßes als ersten Geschmack dieser Welt. In Deutschland wird vor dem Verzehr von Honig im ersten Lebensjahr gewarnt, da dieser Sporen von *Clostridium botulinum* enthalten kann (Ernährungskommission Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin 2014).
- Bestehen Unterschiede in Bildern, die Familienmitglieder mit »sehr gut ernährten Säuglingen« verbinden, kann die Zufütterung normalgewichtiger Säuglinge gewünscht werden, wie in einem deutsch-türkischen Elternbrief verdeutlicht wird (Arbeitskreis Neue Erziehung o. J.). Oft wird auch Obstsaft bereits im ersten Lebenshalbjahr als gesund angesehen. Dies ist jedoch nicht nur eine Frage der Kommunikation im interkulturellen Rahmen, sondern auch zwischen Generationen in Familien, die in Deutschland leben.

Auch wenn keine Übereinstimmung herrscht, kann zunächst davon ausgegangen werden, dass alle Beteiligten um »das Beste für das Kind« bemüht sind. Besteht der Wunsch, hier nicht übliche Lebensmittel oder Zubereitungen in die Beikost älterer Säuglinge einzubeziehen, ist es oft hilfreich, diese genau zu erfragen und auch zu berücksichtigen, wenn dies möglich ist. Hier ist in den letzten Jahren eine erhebliche Liberalisierung pädiatrischer Empfehlungen eingetreten. Es wird deutlich, wie wichtig frühe und gelungene Kommunikation, aber auch die Offenheit gegenüber anderen kulturellen oder traditionellen Hintergründen ist.

Kommunale Konzepte zur Gesundheit rund um die Geburt können an das entsprechende Nationale Gesundheitsziel ebenso anknüpfen, wie an Leistungen zur medizinische Vorsorge und Prävention und Bezüge zum Präventionsgesetz. Die kultursensible Ausrichtung ist hier, ebenso wie für Frühe Hilfen, von besonderer Bedeutung. Für Frühe Hilfen wurden im Leitbild (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2016) Zielgruppen mit besonderen Herausforderungen beschrieben, die auch unter den Zuwandernden besondere Unterstützung benötigen, etwa minderjährige Eltern, mit wenig oder keinen Deutschkenntnissen, mit besonderen finanziellen Belastungen oder mit körperlichen oder psychischen Belastungen sowie Familien mit wenig Schreib- und Lesefähigkeiten.

Sexuelle Gesundheit und Familienplanung

Für Jugendliche sind Informationen zum Themenbereich der sexuellen Gesundheit und entsprechende Beratungsmöglichkeiten sehr wichtig. Gleichzeitig wird jedoch zu diesem Bereich in sehr traditionellen Familien oft wenig kommuniziert. Dies gilt vor allem, wenn aufgrund traditioneller, religiöser oder kultureller Vorstellungen davon ausgegangen wird,

dass gerade Mädchen keine vorehelichen sexuellen Kontakte haben sollen. Seit kurzem sind kultursensibel aufbereitete Informationen auch online mehrsprachig verfügbar, z. B. www.zanzu.de. Für viele Fragen werden persönliche Gespräche bevorzugt, Beratungsstellen oder ggf. auch Schulsprechstunden des KGJD werden aufgesucht. Dort, wo sie eingerichtet sind, können sie von Schülern während des Unterrichts oder in den Pausen niederschwellig wahrgenommen werden.

Schulärztliche Informationen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen sind vor allem sowohl mit Blick auf Präventionsmaßnahmen, als auch auf das Erkennen von Symptomen wichtig. Das Interesse ist bei Jugendlichen oft vorhanden, das Wissen jedoch oft begrenzt. Geplante oder bestehende Ehen, Elternschaft und Schwangerschaften sehr junger Minderjähriger können den Normen der Herkunftsländer entsprechen – aber gleichzeitig nicht in Übereinstimmung mit der Rechtslage in Deutschland sein. Sie werfen teilweise rechtliche Fragestellungen, aber auch gesundheitliche Probleme und Fragen des Kindeswohls von minderjährigen Müttern und ihrem Kind auf. Weitere Themen, die zukünftig auch für den KJGD mehr Bedeutung erlangen, sind genitale Beschneidung/Verstümmelung (FGM) bei Mädchen und Frauen sowie Verwandtenehen mit daraus folgender Konsanguinität (Hamamy 2012; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017).

In der direkten Kommunikation von Mädchen oder Jugendlichen mit Ärztinnen kann jedes dieser Themen plötzlich wichtig werden, wenn diese indirekt oder direkt betroffen sind. Daher ist es wichtig, auch hier informiert zu sein. Verwandtenehen, meist von Cousin und Cousine, sind in einigen aktuellen Herkunftsregionen aus religiösen, soziologischen, kulturellen oder traditionellen Gründen nicht selten. Mögliche genetische Risiken sind vor allem dann nicht bewusst, wenn es in den Familien

noch keinen Erkrankungsfall gab, dieser nicht entsprechend diagnostiziert wurde oder dieser nicht bekannt ist. Bei genauer Befragung ergeben sich manchmal in Vorgenerationen liegende verwandtschaftliche Beziehungen, die für das tatsächliche genetische Risiko relevant sind (Hamamy 2012). Tritt ein Indexfall auf, ist es wichtig, die Verbindung zu offenen Beratungsangeboten auch für das sensibilisierte Umfeld der Familie zu ermöglichen. Hier besteht zunehmende Offenheit und Informationsbedarf. Abstrakte Argumentationen im Sinne von Public Health haben sich jedoch als wenig hilfreich erwiesen.

Auch das Thema Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation/Female Genital Cutting, kurz: FGM_C) weist viele Facetten auf (INTEGRA 2017). Es ist insbesondere durch einige der aktuellen Herkunftsländer in Afrika aktuell. Eine offene Grundhaltung gegenüber selbst betroffenen Müttern ist wichtig. Sie sind zu unterstützen, das Wohl ihrer Kinder und Jugendlichen stehen im Vordergrund. Früherkennungsuntersuchungen, die sozialkompensatorisch auch im KJGD erfolgen, bieten Ansatzpunkte für direkte Gespräche. Hierfür sollten Ärzte mit Blick auf FGM_C geschult sein. Aufgrund der kommunalen Datenlage sind die Herkunftsländer der Kinder in der Kommune bekannt, mögliche Bedarfslagen in diesem Themenkreis können daher ohne Kenntnis von Einzelfällen abgeschätzt werden. Hier geht es neben der medizinischen Information auch um die Rechtslage in Deutschland, auch mit Blick auf eine mögliche Bedrohung der Töchter im Heimatland durch FGM_C als möglichem Grund für die Anerkennung von Asylantträgen. Die Begleitung von Gesprächen durch neutrale qualifizierte Dolmetscher sollte bei Bedarf gewährleistet sein.

Die Teilnahme von muslimischen Schülerinnen am Schwimmunterricht prägte vor einigen Jahren viele Anfragen und Konflikte im schulischen Bereich. Die Verbreitung von Burkinis, bedeckender

muslimischer Ganzkörper-Badeanzüge und deren Akzeptanz sowohl aus religiöser, als auch hygienischer und juristischer Sicht, waren dann hilfreich. In allen Bereichen steht dies in Abständen wieder zur Diskussion. Diese Faktoren können einfließen, wenn der KJGD in Gutachten involviert ist, ob gesundheitliche Gründe der Teilnahme am Schwimmsport dauerhaft entgegenstehen. Empfehlenswert sind hier vor allem kommunale Programme, die die Bedeutung des Schwimmsports für alle Kinder und Jugendlichen stärken. Idealerweise kann hier unabhängig von Einzelfällen die regionale Moscheegemeinde eingebunden werden.

Untersuchung von Seiteneinsteigenden

Alle Kinder werden bei den flächendeckenden Schuleingangsuntersuchungen auf schulrelevante gesundheitliche Förderbedarfe untersucht. Sind sie in Deutschland geboren, haben ihre Mütter und sie selbst prä- und postnatal ein umfangreiches Programm ärztlicher Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen erhalten. Darauf aufbauend wurden Maßnahmen der frühen primären und sekundären Prävention bzw. Therapie eingeleitet. Einige Krankheitsbilder treten dadurch nicht mehr oder nicht mehr unbehandelt auf.

Für Schüler, die in höhere Schulklassen einsteigen, liegen völlig andere Bedingungen vor. Die oben genannten Untersuchungen können nicht vorausgesetzt werden, klinische Untersuchungen sind daher wesentlich wichtiger. Entsprechend häufiger erfolgt eine Kommunikation über erstmals diagnostizierte Erkrankungen und entsprechenden Förder- und Behandlungsoptionen. Leider steht die notwendige strukturelle Stützung der gesundheitsrelevanten schulärztlichen Infrastruktur an den Schulen mit hohen Anteilen an Migrantenkindern aus, wie z. B. durch Schulgesundheitschwestern oder ärztliche

Schulsprechstunden für Schüler. Eine Nachverfolgung ist daher selten möglich. Bei dieser Untersuchung werden definitionsgemäß Schüler und ihre Familien erreicht, die erst kurz in Deutschland sind und daher eingeschränkte Deutschkenntnisse haben. Eine gute Infrastruktur, insbesondere der Zugang zu Sprach- und Kulturmittlung bei Bedarf, ist besonders wichtig.

Die Bedeutung der zeitnahen Untersuchung schulrelevanter Gesundheitsfaktoren und die Chancen zeitnaher Förderung für eine rasche Integration in das Schulsystem wurden bisher unzureichend thematisiert. Einfache Beispiele sind die Prüfung der Seh- und Hörfähigkeit sowie die Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln wie Brillen und Hörgeräten, außerdem Impfangebote entsprechend der aktuellen Empfehlungen. Der erfolgreiche Schulbesuch in Deutschland von Anfang an ist durch das Erlernen der Sprache bereits herausfordernd. Die Unterstützung der Kinder kann für ihre Teilhabe bedeutsam sein. Sind Untersuchungen für Seiteneinsteiger verpflichtend, stellen sie darüber hinaus auch eine einzigartige Chance dar, die Kinder und Jugendlichen in das System der Regelversorgung und -vorsorge weiterzuleiten. Ihre flächendeckende Einführung steht jedoch aus.

Unbegleitete minderjährige Ausländer

2016 wurden 44.935 unbegleitete Minderjährige in Deutschland in Obhut genommen, 35.939 stellten einen Asylerstantrag (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge). Sie kamen ohne ihre Familie und haben auf dem Weg nach Deutschland oft traumatische Erfahrungen gemacht. Bei allen Flüchtlingskindern ist Sensibilität erforderlich, dies in der Kommunikation adäquat wahrzunehmen, mögliche Interventionsbedarfe zu erkennen und entsprechendes Handlungswissen umzusetzen (Reher und

Metzner 2016; Walg 2017). Das Spektrum der Fragestellungen umfasst hier aber nicht nur physische und seelische Gesundheit, sondern auch aufgrund der Altersgruppe die Frage der Optionen für den weiteren Aus- und Bildungsweg.

Eine Übersichtsarbeit zeigte 2016 bei Flüchtlingskindern eine Häufigkeit von 14 bis 78 % für selbst erlebte körperliche Misshandlung und von 18 bis 46 % für das Mitansehen von körperlicher Misshandlung (Metzner u. a. 2016). Trauer um Verstorbene, die fortbestehende Gefährdung oder das ungeklärte Schicksal Nahestehender können in zerrissenen Familien ebenso belastend sein wie ein noch nicht umgesetzter Familiennachzug. Die Bedrohung der eigenen Existenz, insbesondere auch die Klärung aufenthaltsrechtlicher Aspekte sowie unklare Bildungs- und Berufsperspektiven drängen möglicherweise in Deutschland. Vor diesem Hintergrund erscheint das persönliche physische Gesundheitsbefinden vielleicht weniger bedeutsam, präventive Maßnahmen für Kinder, die gesund scheinen, selbst wenn diese nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zustehen, nicht so drängend. Kommunikation zu Präventionsthemen hat hier oft einen anderen Stellenwert als bei Arbeitsmigration der Eltern und gesicherter Perspektive.

Besondere Bedarfe in der Prävention

Hier aufwachsende Kinder und Jugendliche kennen bestimmte Unfallgefahren von Anfang an und sollten Fähigkeiten wie Fahrradfahren und Schwimmen beherrschen. Für neu zuwandernde Kinder besteht hier fast immer Nachholbedarf. Dies gilt auch für Kenntnisse in Migrantenfamilien zur Kindersicherheit in Flüchtlingsunterkünften und Haushalten durch die hier übliche Einrichtung, technische Geräte und deren Betrieb sowie den Einsatz giftiger Substanzen wie Reinigungsmittel.

Fehlende zahnärztliche Prävention, die wahrscheinlich auf mangelndem Kontakt zurückzuführen ist (Riggs u. a. 2017), wird auch mit Blick auf die Mundgesundheit bei Flüchtlingskindern deutlich. Eine besondere Aufgabe kommt hier der Gruppenprophylaxe in den Jugendzahnärztlichen Diensten zu. Praktische Demonstration, aber auch mehrsprachige und mit Piktogrammen versehene Informationsmaterialien sind hier wichtig.

Chronische Erkrankung, behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder

Kommunikation von Förderbedarfen bei chronischer Erkrankung, Behinderung oder von Behinderung bedrohten Kindern ist eine Herausforderung. Dies gilt insbesondere, wenn dies damit verbunden ist, dass Wunschvorstellungen für die Zukunft der Kinder unrealistisch werden. Traditionelle, religiös begründete oder spirituelle Bezugssysteme können für den Umgang mit chronischer Krankheit oder Behinderung und damit Teilnahme an Fördermaßnahmen entscheidend sein.

So kann die Versorgung eines behinderten Kindes als besondere, auferlegte Aufgabe der Familie oder Gemeinschaft gesehen werden. Kann die Familie davon überzeugt werden, dass diese Aufgabe aber mit unterstützender Förderung im Sinne des Kindes noch besser zu erfüllen ist, kann dies hilfreich sein. Gelingt es nicht, verständlich zu machen, dass Förderoptionen und -strukturen auch für alle anderen mit gleichen Bedarfen angeboten werden, werden sie teilweise nicht angenommen oder sogar als diskriminierend empfunden. Auch andere kulturelle Vorstellungen von Kindheit können einer frühen Förderung chronisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder entgegenstehen, wenn sie als frühe Überforderung angesehen, und mit zunehmendem Alter weitere aufholende

Entwicklung erwartet wird. Mit dem Ziel der bestmöglichen Versorgung des Kindes ist gelungene Kommunikation hier essentiell. Ein Schlüsselfaktor für die Annahme externer Hilfen kann die Einbeziehung des Familiensystems sein.

Besonders hervorzuheben ist die schwierige Situation von Migrantenkindern mit physisch oder psychisch kranken Eltern. Sie haben meist keine Information zu medizinischen oder anderen Unterstützungsmöglichkeiten. Oft ist offen, wer für sie niederschwellig Ansprechpartner sein kann. Aus Verpflichtung gegenüber der Familie, Furcht vor Stigmatisierung oder aufgrund anderer Annahmen zu möglichen Auswirkungen auf die Familie werden Aufgaben übernommen, die sie überfordern können. Hier käme offenen schulärztlichen Sprechstunden, in denen auch die Verpflichtung der Schweigepflicht besteht, als Anlaufstellen z. B. in den Schulen und Gesundheitsämtern eine große Bedeutung zu.

Herausforderungen an die Infrastruktur: Sprachbarrieren

Die vorgenannten Daten zur Zuwanderung verdeutlichen, dass das Erlernen oder Abbilden aller Sprachen bzw. Dialekte aus den Herkunftsländern und Regionen keine realistische Anforderung an Fachdienste sein kann. Sprachliches Verstehen, oft auch ergänzende Kulturmittlung, ist jedoch Voraussetzung für den effektiven Zugang zu präventiven oder kurativen medizinischen Maßnahmen (Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit 2017). Mit zunehmender Aufenthaltsdauer sollte dies durch eigene Sprachkenntnisse vorhanden sein. Vereinfachend wird daher von der Situation kurz nach der Immigration ausgegangen. In diesem Spannungsfeld steht die personale Kommunikation im KJGD mit den wichtigen Untersuchungen, die einerseits oft auf einen

einmaligen Kontakt beschränkt sind, andererseits für Betroffene eine entscheidende Weichenstellung sein können. Die folgenden Beispiele verdeutlichen, wie Sprachbarrieren reduziert werden können.

- Kommunen und Kreise können für alle Fachdienste *Analysen der demografischen Entwicklung*, insbesondere der Wanderungsbewegung und der Herkunftsländer der Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte erstellen. Diese sind als Ausgangspunkt für Bedarfsermittlungen für alle Sektoren von Bedeutung, die mit Kindern und Jugendlichen befasst sind. Bedarfsorientiert können mehrsprachige Informationsmaterialien, abgestimmt und medial aufbereitet werden. Bei Flyern ist eine bilinguale Gestaltung wichtig, damit andere Fachkräfte nachvollziehen können, welche Informationen enthalten sind. Hier sollte bedacht werden, dass das Textverständnis von der Alphabetisierung abhängt. Wichtige Strukturelemente sind generell eine einfache Sprache, Visualisierung durch Piktogramme, Abbildungen oder anschauliche Fotografien von Untersuchungsabläufen. Sie können die direkte Kommunikation nicht ersetzen, aber sehr unterstützen.
- *Bilinguale Angebote im KJGD* werden durch eine konsequente Personalentwicklung der Öffentlichen Gesundheitsdienste entsprechend der Diversität der regionalen Bevölkerung ermöglicht.
- *Dolmetscher bzw. Sprach- und Kulturmittler* sind für professionell arbeitende KJGDS wichtig. Sie bieten professionelle bezahlte Dienstleistungen, bei denen das Gesprochene in die erforderlichen Sprachen übersetzt wird. Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern kann insbesondere bei standardisierten Untersuchungen an einem Standort hilfreich sein, wenn viele Kinder aus einem Herkunftsland kommen. Sie können darüber hinaus auch als Multiplikatoren wirken. Der Zugang zu einem Video- oder Telefondolmetscherdienst löst die Frage der »seltenen« Sprachen vom Standort des Übersetzenden.

Besonders geeignet sind sie auch bei mobilen Einsätzen an verschiedenen Standorten.

- Auch *hausinterne Übersetzungen auf der Basis von Mitarbeiterpools* analog zu Krankenhausdolmetscherdiensten können einen Beitrag zum Abbau von Sprachbarrieren leisten. Neben der Qualifizierung der Mitarbeiter mit besonderen Sprachkompetenzen für den Bereich der Übersetzung, sind klare Einsatzvereinbarungen und das Angebot einer Supervision wichtig.
 - Auch *Laien* können mit einer Übersetzung im Lebensalltag hilfreich sein. Bei fachlichen Themen stellen sich sowohl die Fragen nach der Qualität des eigenen inhaltlichen Verständnisses, als auch der Fachsprache. Familienmitgliedern, Bekannte oder Freunde ist einerseits das Vertrauen des Patienten wichtig, für Fachkräfte kommt das Problem der möglichen Befangenheit hinzu..
 - *Übersetzungen durch Kinder* sollten sich strikt auf Situationen und Inhalte beschränken, die altersentsprechend angemessen sind. Im Kontakt mit Behörden sind sie oft in vielfacher Hinsicht überfordert: So kann der Wortschatz in der einen oder anderen Sprache unzureichend sein, es muss improvisiert werden. Medizinische Inhalte sind möglicherweise dem Kind nicht ausreichend verständlich, oder generationen- bzw. geschlechtsübergreifend – z. B. bei schwerwiegenden Erkrankungen oder Themen der Sexualität. Die Verantwortung der Kinder für Behördenkontakt überfordert sie gerade dann, wenn es um bedeutende Verfahren für die Familie geht. In der einzelnen Situation wird meist nicht bewusst, dass die Kinder nicht nur in der betreffenden Einzelsituation, sondern immer wieder herangezogen werden. Diese Rolle kann auch zu Strukturverschiebungen und zu damit verbundenen Problemen in der Familie führen.
- Häufig wird unterschätzt, dass auch das Fachpersonal selbst zur Gesprächsführung mit Überset-

zenden zu qualifizieren ist und einige Faktoren berücksichtigt werden sollten (Arbeitskreis zur Steigerung der Kultursensibilität in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen 2014): Die vorausgehende Klärung und Verfügbarkeit der benötigten Sprache ist vor dem Hintergrund von Regionalsprachen innerhalb eines Landes nicht immer einfach. Zum Gelingen des Gesprächs tragen bestimmte Faktoren bei, z. B. gleiches Geschlecht und jüngeres Alter des Dolmetschers; andere sollten vermieden werden. Eine verständliche Rollenklärung vor dem Gespräch ist ebenso wichtig wie die Unterstützung durch kurze einfache, aber vollständige Sätze, die langsam und betont gesprochen werden. Die abschließende Zusammenfassung des Gesagten durch die Eltern bzw. den Minderjährigen bestätigen, dass das Gesagte verstanden wurde.

Eine freundliche und positive Körpersprache der Fachkräfte, die klare Unterstützung durch eine dem Patienten zugewandte Mimik, Gestik und Körpersprache unterstützen nonverbal das Gespräch. Auf der anderen Seite vermitteln auch nonverbale Reaktionen der Familienmitglieder wichtige Informationen. Diese Anteile der Kommunikation werden oft unterschätzt, sind aber gerade bei Einschränkungen der sprachlichen Verständigung oft besonders bedeutsam. Im interkulturellen Kontext ist die Einordnung von Gestik und Mimik nicht immer eindeutig, Missverständnisse und Fehlinterpretationen sind daher möglich: So gehört es nicht nur in Regionen Afrikas es zum »guten Ton«, beim Gespräch mit Respektspersonen oder Älteren den Augenkontakt zu meiden und auf den Boden zu schauen. In einer Untersuchungssituation in Deutschland würde dies eher als Unsicherheit oder als Schüchternheit interpretiert. Im ärztlichen Elterngespräch kann der Vater der Familienvertreter nach außen sein – auch wenn die Zuständigkeit für die Kinder und wichtige Informationen bei der Frau

liegen. Sensibilität für diese Situationen und Wahrnehmung dieser Aufgaben ermöglichen meist, beide einzubeziehen und eine Störung des Gesprächsablaufs durch Irritationen zu verhindern.

Auch die hier übliche Form der Begrüßung kann Irritationen auslösen: Hand- und/oder direkter Blickkontakt sind gerade zwischen Mann und Frau nicht überall üblich und neutral, der positiv empfundene Gesprächsabstand kann unterschiedlich sein. Kopfschütteln kommt in Deutschland einer Verneinung gleich, in Bulgarien würde es Zustimmung bedeuten. Innerhalb eines Kulturkreises ist kaum bewusst, dass selbst das Zählen kultureller Variabilität unterliegt. Tatsächlich kann aber mit unterschiedlichen Fingern begonnen, oder »aus der Hand heraus« oder »in die Hand hinein« oder in anderen Weisen gezählt werden (Bender und Beller 2012). Mit diesem Wissen lässt sich in der konkreten Situation leicht klären, ob ein Kind Probleme mit dem Verständnis von Zahlen hat oder lediglich auf eine andere Art erlernt hat, mit Fingern zu zählen.

Zusammenfassend bieten sich viele Ansatzpunkte zu einem Abbau von Sprachbarrieren in der Kommunikation des KJGD mit Familien ohne ausreichende Deutschkenntnisse. Es darf jedoch nicht verkannt werden, dass für ihre Umsetzung nicht nur die Haltung der Fachkräfte im Öffentlichen Gesundheitsdienst entscheidend ist, sondern auch der Handlungsspielraum durch personelle und finanzielle Ressourcen.

>> Fazit

Die interkulturelle Öffnung und transkulturelle Ausrichtung der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste ist aufgrund ihrer Schlüsselfunktionen für Familien mit Zuwanderungsgeschichte von

grundsätzlicher Bedeutung. Dies gilt auch dort, wo die Wahrnehmung dieser Aufgabe aufgrund der unterschiedlichen regionalen Verteilung der Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte nicht vordringlich scheint. Hierbei ist eine angemessene Strukturqualität erforderlich, die insbesondere den Abbau von Sprachbarrieren einbezieht.

Gelingende Kommunikation kann durch kulturelle Kompetenz und Qualifikationen aller Akteure in diesem Bereich zur interkulturellen Kommunikation gefördert werden. Für das Ziel, die Kinder dort bestmöglich zu unterstützen, wo gesundheitsrelevante

Bedarfe bestehen, ist oft eine offene Haltung zur Vielfalt der Kinder und ihrer Familien, die die Diversität in den Kommunen spiegelt, von grundlegender Bedeutung.

Kinder und Jugendliche mit ausländischen Wurzeln haben meist wenige Möglichkeiten, die Situation in ihrem Herkunftsland, die Entscheidung zur Migration oder der Aufenthaltsdauer und -perspektive in Deutschland selbst zu beeinflussen. Umso wichtiger ist es, optimale Ausgangsbedingungen für die Kommunikation auch in den Situationen zu ermöglichen, die für ihre Gesundheit wichtig sind.

>> Literatur

Arbeitskreis Neue Erziehung (Hg.) (o. J.): Deutsch-Türkische Elternbriefe Nr. 1: »Von wegen, es ist nur ein Kind – gibt es Besseres als Muttermilch«. Online verfügbar unter www.ane.de/bestellservice/tuerkisch-deutsche-elternbriefe [04.10.2017].

Arbeitskreis zur Steigerung der Kultursensibilität in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen (2014): Kultursensible Kommunikation mit DocCards. Taschenkarten gegen Sprachbarrieren. In: Westfälisches Ärzteblatt 7, S. 24–25.

Bender, A.; Beller, S. (2012): Nature and culture of finger counting: Diversity and representational effects of an embodied cognitive tool. In: *Cognition* 124 (2), S. 156–182.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Tabellen, Diagramme, Erläuterungen. Online verfügbar unter www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2017.pdf?_blob=publicationFile [04.10.2017].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Unbegleitete Minderjährige – Entwicklung des Zugangs. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/umzahlen-entwicklung.pdf?_blob=publicationFile [04.10.2017].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. 5. Auflage. Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/blob/jump/93140/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf [04.10.2017].

- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2017):** Dolmetscherleistungen für fremdsprachige Patientinnen und Patienten bei der gesundheitlichen Versorgung. Stellungnahme aus dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit. Online verfügbar unter www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Service/Downloads/gesundheits-arbeitskreis-stellungnahme-sprachmittlung.pdf;jsessionid=F18AD42EC62DAF19730789474C73C05A.s6t2?_blob=publicationFile&v=3 [04.10.2017].
- Ernährungskommission Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (2014):** Ernährung gesunder Säuglinge – Empfehlungen der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin. Online verfügbar unter www.dgkj.de/uploads/media/1406_EK_Empfehlungen_Erna%CC%88hrungsgesunder_Sa%CC%88uglinge.pdf [04.10.2017].
- Fachausschuss Transkulturelle Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (2009):** Transkulturelle Pädiatrie – Aktuelle Perspektiven und Handlungsoptionen. Positionspapier. Online verfügbar unter www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-transkulturell-oktober-2009.pdf [04.10.2017].
- Hamamy, H. (2013):** Preconception consultation in primary health care settings. In: *J Community Genet* 3, S. 185–192.
- Hjern, A. u. a. (2017):** Health policies for migrant children in Europe and Australia. In: *The Lancet* 289, S. 249.
- INTEGRA (2017):** Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten. Zusammenhänge. Perspektiven. Online verfügbar unter www.netzwerk-integra.de/app/download/6517789962/Eine+empirische+Studie+zu+Genitalverst%C3%BCmmelung+in+Deutschland.pdf?t=1487071295 [04.10.2017].
- ISSOP Migration Working Group (2017):** Migrant child health – ISSOP position statement 8. Online verfügbar unter www.issop.org/2017/02/19/issop-position-statement-8migrantchildhealth [04.10.2017].
- Metzner, F.; Reher, C.; Kindler, H. u. a. (2016):** Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt* 59, S. 642, <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2340-9>.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2016):** Leitbild Frühe Hilfen. Online verfügbar unter www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf [04.10.2017].
- Reher, C.; Metzner F. (2016):** Entscheidungshilfe zur Therapieplanung bei jugendlichen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in der ambulanten Praxis. In: *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie* 65, S. 707–728.
- Riggs, E.; Rajan, S.; Casey, S.; Kilpatrick, N. (2017):** Invited concise Review. Refugee child oral health. In: *Oral Diseases* 23, S. 292–299.
- Robert Koch-Institut (2017):** Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland. August 2017. Online verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/meldepflichtige_Infektionskrankheiten_bei_Asylsuchenden.pdf?_blob=publicationFile [04.10.2017].

- Robert Koch-Institut (2008):** Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.
- Sievers, E.; Dietrich, A. (2011):** MIKKI – für kulturelle Kompetenz im KJGD. In: Blickpunkt öffentliche Gesundheit 27, S. 4–5.
- Statistisches Bundesamt (2017):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wanderungen 2015. Fachserie 1, Reihe 1.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016):** Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Tabelle: Lebendgeborene, Totgeborene, Gestorbene und Saldo der Lebendgeborenen und Gestorbenen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, zuletzt ergänzt 14.11.2016. Online verfügbar unter: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=55978708&nummer=187&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=62415051 [04.10.2017].
- UNICEF; WHO; World Bank; UN-DESA Population Division (2015):** Levels & trends in child mortality. Report 2015. Estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation. New York. Online verfügbar unter: www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en [04.10.2017].
- UNICEF (2016):** Uprooted. The growing crisis for refugee and migrant children. New York.
- Walz, M. (2017):** Stabilisierungstraining für jugendliche Flüchtlinge mit Traumafolgestörungen. München.

02

Erweiterungen

» 02.1

Kommunikation im Zugang zu medizinischer Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern

Matthias Kleinke, Bernt-Peter Robra und Anke Spura

» Zugangskommunikation als Gesundheitskommunikation

Wie Patientinnen und Patienten medizinische Versorgung erleben, wird durch Qualität und Richtung der dabei entstehenden Kommunikation beeinflusst. Meist wird darunter die Arzt-Patient-Kommunikation verstanden. Für Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind weitere kommunikative Aspekte

in den Bereichen Gesundheit und medizinischer Versorgung wichtig, unter anderem dadurch, dass sie nicht in die gesetzliche Krankenversicherung integriert sind, sondern vor einem Besuch bei einer Ärztin oder einem Arzt einen Behandlungsschein bei der zuständigen Sozialbehörde beantragen müssen. Dieser Ablauf ist im Erleben von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern hürdenreich, bürokratisch, ineffizient und entmündigend; die »Krankenscheinbürokratie« (Spura u. a. 2017)

führt auch zu einer Vervielfachung kommunikativer Aufgaben, vorrangig bevor medizinische Versorgung geleistet wird.

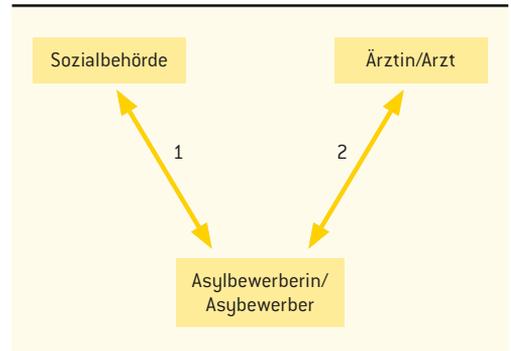
Diese Zugangskommunikation kann der Gesundheitskommunikation als »Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen mit gesundheitsrelevanten Inhalten« (Hurrelmann und Richter 2013) zugeordnet werden. Dass Asylbewerberinnen und Asylbewerber im Gesundheitssystem keineswegs nur passive Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sind, sondern sich aktiv um ihre medizinische Versorgung bemühen, zeigt dieser Beitrag. Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind sowohl Adressatinnen und Adressaten als auch Akteurinnen und Akteure der Gesundheitskommunikation.

Gesundheitskommunikation zielt auf die Förderung und Mobilisierung individueller und kollektiver Ressourcen ab, die der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit dienen (Schnabel 2009). Suchen, Verstehen und Anwenden gesundheitsrelevanter Informationen, um Kontrolle über Gesundheit zu gewinnen, sind auch kommunikative Aufgaben. Gesundheitskommunikation ist ein essentieller Beitrag zur Health Literacy (Nutbeam 2000).

Von Januar 2015 bis Mai 2017 haben über 1,2 Millionen Menschen in Deutschland einen ersten Asylantrag gestellt und zeitweise in der Bundesrepublik Schutz und Aufnahme gefunden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2017). Die Eingliederung in das Gesundheitssystem stellte und stellt Institutionen, medizinische Fachpersonen sowie Patientinnen und Patienten vor große Herausforderungen.

Die medizinische Grundversorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern in Deutschland ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt, aber in den Bundesländern unterschiedlich umgesetzt. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist zunächst eingeschränkt auf eine Akut- und Schmerzbehandlung, Leistungen bei Schwanger-

Gesetzlich vorgesehene Zugangskommunikation

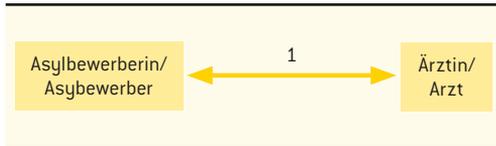


» Abb. 1: Zugangskommunikation wie gesetzlich vorgesehen: [1] Asylbewerberin/Asylbewerber beantragt einen Behandlungsschein, [2] anschließend kann sie/er eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen.

schaft und Geburt sowie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen (§ 4 AsylbLG). Erst nach 15-monatigem Aufenthalt in Deutschland oder einer positiven Entscheidung im Asylverfahren können die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang genutzt werden. Bis dahin muss – außer im Notfall – vor einem Besuch bei einer Ärztin oder einem Arzt ein Behandlungsschein bei der zuständigen Sozialbehörde beantragt werden. Über die Gewährung des Behandlungsscheins und einer fachärztlichen Weiterbehandlung, intensiveren Diagnostik und Therapie entscheidet medizinisch nicht ausgebildetes Personal der Sozialbehörde (Abbildung 1).

Ein alternatives Modell der Organisation der medizinischen Versorgung praktiziert das Land Bremen seit 2005, namentlich mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Asylbewerberinnen und Asylbewerber. Die medizinische Dienstleistungserbringung findet im Rahmen des AsylbLG statt, jedoch können Asylbewerberinnen und Asylbewerber ohne vorherige Beantragung eines Behand-

Kommunikative Aufgaben mit der elektronischen Gesundheitskarte



» Abb. 2: Kommunikative Aufgaben mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

lungsscheins direkt Ärztinnen und Ärzte aufsuchen. Die Anzahl der kommunikativen Aufgaben (Hilfeseuchen, Präsentation und Exploration von Beschwerden, Indikationsstellung) werden somit auf die Arzt-Patient-Beziehung zurückgeführt (Abbildung 2). Mittlerweile orientieren sich auch andere Bundesländer am erfolgreichen Bremer Modell (vgl. Wächter-Raquet 2016; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg 15.06.2017; aerzteblatt.de 2017).

Für Migrantinnen und Migranten stellen fehlende oder unpassende Informationen neben sprachlichen Problemen große Hürden in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung dar (Bermejo u. a. 2012). Untersuchungen zu Health Literacy von Migrantinnen und Migranten deuten auf Benachteiligungen hin (bei Menschen mit Migrationshintergrund: Schaeffer u. a. 2017, bei Migrantinnen und Migranten: Ackermann Rau u. a. 2014, bei Flüchtlingen: Wängdahl u. a. 2014).

Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind in vielfältiger Hinsicht eine besondere Gruppe unter Migrantinnen und Migranten. Einerseits sind sie

vor Verfolgung, Krieg, Gewalt, Terror, Klimakatastrophen, Hunger oder Perspektivlosigkeit geflohen. Ihre Auswanderung ist erzwungen und orientiert sich in der Regel nicht an günstigen Bedingungen des Ziellandes wie einer Arbeitsstelle, Zuzug zu Angehörigen oder einem Studien- oder Forschungsaufenthalt. Andererseits unterliegen sie anderen gesetzlichen Grundlagen, was besonders die soziale Sicherung und die medizinische Versorgung betrifft (AsylbLG).

Der vorliegende Beitrag stellt einen Ausschnitt aus dem Forschungsprojekt »Erhebung der gesundheitlichen Lage und medizinischen Versorgung von Geflüchteten (Asylbewerberinnen und Asylbewerber) in Sachsen-Anhalt«¹ dar. Das Projekt explorierte in der Zeit von August bis November 2015 die Erfahrungen von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern im Zugang zu medizinischen Leistungen sowie ihr subjektives Gesundheitserleben. Das angegebene Beschwerdespektrum ist sehr breit und spiegelt die auch in anderen Untersuchungen (Frank u. a. 2017; Führer u. a. 2016) identifizierten Schwerpunkte, vor allem bei psychosozialen Erkrankungen und einigen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, wider (Abbildung 3).

Im Folgenden werden das methodische Vorgehen erläutert, die kommunikativen Aspekte des Zugangs zu medizinischer Versorgung dargestellt und schließlich Implikationen für Health Literacy formuliert sowie aussichtsreiche Konzepte für weitere Entwicklungen vorgestellt.

1 <https://forschung-sachsen-anhalt.de/project/erhebung-gesundheitlichen-lage-medizinischen-19792> [29.06.2017]. Das Projekt wurde gefördert durch das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. Dadurch war es möglich, Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Sprachmittlerinnen und Sprachmittler bei der Interviewerhebung einzusetzen. Die vertiefte Auswertungsphase wurde unterstützt durch das Promotionsstipendium der Nachwuchskommission an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

Beschwerdespektrum von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern

Allergien	Hautprobleme	Orthopädische Beschwerden
Asthma	Hepatitis	Psychosoziale Beschwerden
Blinddarmenzündungen	Körperliche und geistige Behinderungen	Schmerzen (z. B. Zahnschmerzen, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen)
Depression und PTBS	Krämpfe	Sehkräfteinschränkung
Diabetes	Magen-Darm-Entzündungen	Sturzverletzungen
Gynäkologische Beschwerden	Missempfindungen	Tuberkulose

» Abb. 3: Berichtetes Beschwerdespektrum von Asylbewerberinnen und Asylbewerber (Spura u. a. 2017)

» Überblick: Methodik

Um die Erfahrungen und das individuelle Erleben medizinischer Versorgung zu erfragen, wurden qualitative leitfadengestützte Interviews mit Asylbewerberinnen und Asylbewerbern geführt (Witzel 2000).

Es äußerten sich Menschen, die einen Asylantrag gestellt hatten oder deren Asylantrag abgelehnt wurde, die aber noch nicht abgeschoben wurden (Abbildung 4). Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer hatten in der Vergangenheit oder zum Erhebungszeitpunkt nach medizinischer Hilfe gesucht. Die Datenerhebung fand von August bis November 2015 in mehreren Klein- und Großstädten Sachsen-Anhalts statt.

Die Interviews wurden zu einem großen Teil mit der Unterstützung von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Laiensprachmittlerinnen und -sprachmittlern geführt, digital aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Anschließend wurden 16 der insgesamt 18 Gespräche mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015) ausgewertet.

» Aspekte der Zugangskommunikation

Die Auswertung der berichteten Kommunikationsgeschehen zeigt als dominante analytische Kategorie die Zugangskommunikation als Kommunikation, die der eigentlichen medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung vorgelagert und richtungsweisend für eine weitere Karriere als Patientin oder Patient ist.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber leisten einen aktiven Beitrag zu ihrer Eingliederung ins Gesundheitssystem und lösen dabei schwierige kommunikative und organisatorische Aufgaben. Sie sehen sich unter anderem aufgrund behördlicher Erfordernisse vor zahlreiche und aufwendige Gesprächsaufgaben gestellt, bevor sie medizinische Versorgung überhaupt erreichen. Diese Aushandlungen werden erschwert durch eine ungenügende Informationsweitergabe, eine fehlende gemeinsame Sprache und eine mangelnde Kommunikation anderer involvierter Akteurinnen und Akteure untereinander.

Charakteristika der Interviewstichprobe

Alter/Geschlecht	Durchschnitt 32 Jahre (21 bis 45 Jahre)/6 Frauen, 10 Männer
Aufenthaltsstatus	Aufenthaltsgestattung oder vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)
Aufenthaltsdauer in Deutschland/Sachsen-Anhalt	3 Monate bis 4 Jahre
Wohnsituation und -region in Sachsen-Anhalt	Dezentral in Wohnungen und in Sammelunterkünften; alleinlebend oder mit Familienangehörigen; 4 Landkreise (ländlicher Raum), 2 kreisfreie Städte (Magdeburg und Halle (Saale))
Herkunftsländer/-regionen	Albanien (4 Personen), Burkina Faso (2 Personen), Eritrea (2 Personen), Guinea-Bissau (1 Person), Indien (1 Person), Mali (1 Person), Syrien (4 Personen), Türkei (1 Person)
Bildungshintergrund	Kein (für Deutschland äquivalenter) Schulabschluss bis zu akademischer Abschluss

>> Abb. 4: Charakteristika der Interviewstichprobe

In erster Linie finden Asylbewerberinnen und Asylbewerber selbst Wege, diese Schwellen zu überwinden. So etwa durch Erklärungen anderer Asylbewerberinnen und Asylbewerber, durch das Hinzuziehen von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern oder die Unterstützung von Helferinnen und Helfern aus Deutschland. Dennoch kann es zu Kommunikationsabbrüchen kommen, die auch einen Abbruch des Weges zu medizinischer Versorgung nach sich ziehen können.

Erleben und Struktur der Zugangskommunikation

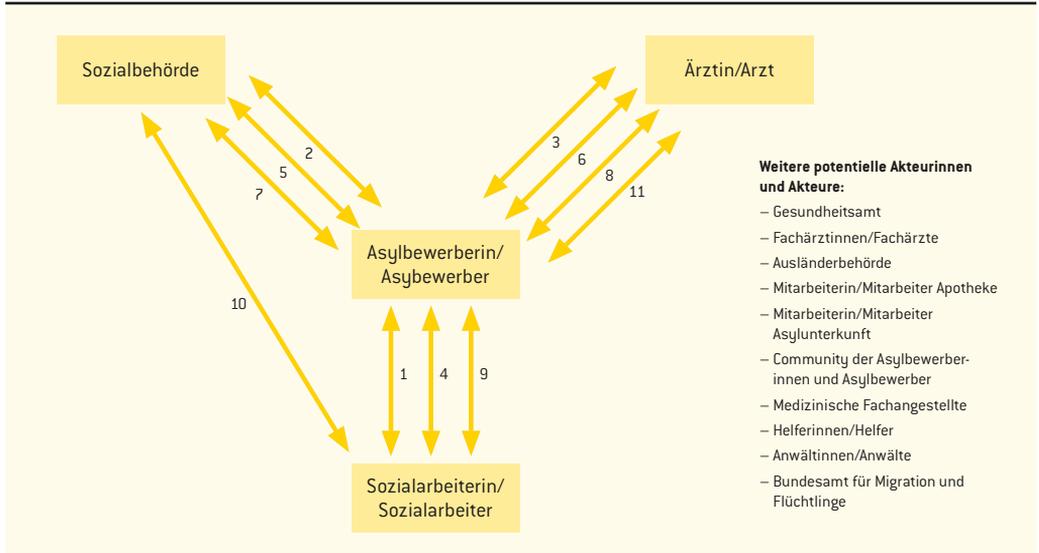
Durch die Vorgabe, einen Behandlungsschein zu beantragen, sind zwei kommunikative Sequenzen angelegt: Asylbewerberin oder Asylbewerber – Sozialamtsmitarbeiterin oder Sozialamtsmitarbeiter sowie Asylbewerberin oder Asylbewerber – Ärztin oder Arzt (Abbildung 1). Dieser Ablauf wird vor allem dann berichtet, wenn Interviewpartnerinnen

und -partner um Hilfe bei auch für medizinische Laien offensichtlichen gesundheitlichen Problemen gesucht haben. Dann kann medizinische Versorgung rasch organisiert werden. So berichtete ein kurdischer Familienvater über folgendes Erlebnis (Die Interviewzitate wurden für die vorliegende Publikation formal-sprachlich leicht angepasst.):

»In 2013 hat dieses Problem bei meiner Tochter angefangen [...] Ihre Augen sind so schief geworden, ja [...] Dann bin ich also mit meiner Tochter zum Sozialamt gegangen. Hab ich gesagt: hier. Dann haben die ja ok, das stimmt, ihre Augen sind [...] nicht so. Dann haben die zu mir diese Adresse gegeben. Ich durfte zum Arzt gehen [...] zum Augenarzt in Tulpenheim.« (Interview_#10_A270)

Empirisch zeigt sich, dass bei weniger eindeutigen medizinischen Problemen die Zugangskommunikation komplexer werden kann. Die einzelne Kommunikationssequenz der Arzt-Patient-Konsultation wird durch die Zwischenschaltung einer zusätzlichen administrativen Instanz und damit verketteter weiterer Schwierigkeiten vervielfacht, sodass von

Kommunikationen im Vorfeld einer ärztlichen Behandlung



» Abb. 5: Zugangskommunikation im Vorfeld einer ärztlichen Behandlung wie sie durch Asylbewerberinnen und Asylbewerber erlebt wird (basierend auf Interview #1_A92)

bis zu elf Kommunikationen im Vorfeld einer ärztlichen Behandlung berichtet wird (Abbildung 5).

Beispiel für Zugangskommunikationen im Vorfeld einer ärztlichen Behandlung: Ein Interviewpartner klagte über Zahnschmerzen und fragte (1) zuerst den Sozialarbeiter in der Unterkunft, wie er zu einem Zahnarzt kommen könne. Dieser erklärte ihm, dass er im Sozialamt einen gelben Schein beantragen müsse. (2) Der Interviewpartner erhielt im Sozialamt einen Behandlungsschein trotz Schwierigkeiten in der Verständigung. (3) Beim Zahnarzt wurde ihm gesagt, dass dies der falsche Schein sei und er nicht behandelt werden könne. (4) Offenbar unter der Annahme, dass es ein Missverständnis gab, bat der Interviewpartner nun den Sozialarbeiter der Unterkunft, ihm eine Mitteilung für die Sozialbehörde zu schreiben, die die Situation

erklärt. (5) In der Sozialbehörde teilte die Mitarbeiterin dem Interviewpartner nun mit, dass er für den speziellen Zahnarztbehandlungsschein erst einen Termin in der Praxis machen müsse. (6) Nachdem der Interviewpartner dies getan hatte, (7) erhielt er den Behandlungsschein. (8) Beim Termin teilte ihm der Zahnarzt mit, dass dieser Schein nur eine bestimmte Behandlung, nicht jedoch die vom Interviewpartner erwartete, garantiere. (9) Auch hier bat der Interviewpartner den Sozialarbeiter um Unterstützung. (10) Dieser konnte jedoch auch durch ein Telefonat mit dem Sozialamt nichts erreichen. (11) Schließlich wurde der Interviewpartner symptomatisch beim Zahnarzt behandelt, das Grundproblem bestand jedoch weiterhin.

Schwierigkeiten entstehen vor allem vor der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Manchmal

sind diese aufwendigen Aushandlungen mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren auch dann zu leisten, wenn gesetzlich definierte Vorgaben medizinisch erfüllt sind. Haben Asylbewerberinnen und Asylbewerber das Gefühl, in Deutschland »Gast« zu sein, so stellen sie möglicherweise ihre eigenen Ansprüche zurück, sehen von solchen Aushandlungen ab und geben ihre (berechtigten) Ansprüche auf. Sind sie hartnäckig und verfügen sie über Deutschkenntnisse, so können sie sich teilweise behaupten und ihre Ansprüche durchsetzen.

»[U]nd dann ich bin mit Schmerz nächste Tag wieder dort gegangen. Ich sage: Bitte, ich habe Schmerz. Und ich habe dort, weil ich habe, ich gehe mit Schmerz dort in Sozialamt, und ich hab mit eine, ich hab gekämpft, nicht gekämpft so laut und sowas ein Drama gemacht, aber ich habe viel gesprochen: Bitte, ich habe Schmerzen. Bitte geben mir diese, weil ich konnte nicht gehen [...] ohne diese Versicherung, ohne diese [...] Schein [...]. Und dann haben mir gegeben, ich gehe mit diese Schein.« [Interview_#8_A??]

Sind diese Aushandlungen für die Beteiligten zu langwierig und anstrengend oder wiederholen sie sich erfolglos, kann es zu Kommunikationsabbrüchen kommen. Diese finden sowohl durch Asylbewerberinnen und Asylbewerber, als auch durch andere Akteurinnen und Akteure statt. Wird das Gespräch von Seiten der Asylbewerberinnen und Asylbewerber aufgegeben, geschieht dies oft aus einem Gefühl der Resignation heraus. Resignation kann aufgrund wiederholt als erfolglos erlebter Kommunikation entstehen, zum Beispiel durch fehlerhafte Information und Weiterleitung oder durch das Fehlen einer gemeinsamen Sprache. Zudem kann die Ablehnung einer medizinischen Behandlung durch Praxispersonal aufgrund eines falschen Behandlungsscheins trotz offensichtlicher gesundheitlicher Beschwerden zu Verzweiflung

und anschließendem Kommunikationsabbruch führen. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sozialbehörden oder medizinisches Personal haben Gespräche abgebrochen, zum Beispiel bei Konfrontation mit einer fehlenden oder eingeschränkten gemeinsamen Sprache – manchmal auch ohne auf eine angebotene Sprachmittlung einzugehen.

Schwellen und Ressourcen in der Zugangskommunikation

Drei Schwerpunkte strukturieren die Zugangskommunikation zur medizinischen Versorgung: a) Information, b) Sprache und c) Kommunikation professioneller Akteurinnen und Akteure untereinander.

Information

Im obigen Beispiel (Abbildung 5) wird angedeutet, dass fehlerhafte, bruchstückhafte oder fehlende Informationen über das ungewohnte Gesundheitssystem den Weg zu medizinischer Versorgung verlängern und erschweren. Asylbewerberinnen und Asylbewerber scheinen von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren (Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende der Sozialbehörde, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, andere Asylbewerberinnen und Asylbewerber, Helferinnen und Helfer) jeweils nur einen Teil des Gesamtablaufs präsentiert zu bekommen und müssen aus den verschiedenen Gesprächen das Vorgehen, wie ärztliche Versorgung erhalten werden kann, rekonstruieren. Ungenügende Informationen erschweren es, sich kompetent und selbstständig im Gesundheitssystem zu bewegen. Die Befragten erwarten die Vermittlung grundlegenden Wissens über das Gesundheitssystem vom Sozialamt.

Dieser erlebten Intransparenz versuchen Asylbewerberinnen und Asylbewerber auf verschiedenen

Wegen zu begegnen. So kann sich die Suche nach medizinischer Versorgung zu einem langwierigen Trial-and-error-Verfahren mit ungewissem Ausgang entwickeln.

»I was wanting these TERMS [Anm.: laut] and I was lost in this limbo because I didn't know what to do you know [...]. And the lady in the social office does not explain to you what are the steps and nobody explains to you what are the steps and you don't know the steps [...]. Yes. It was like months for me before I could get just the right information how do get appointment.« (Interview_#1_A98)

Eine große Informationsressource über das deutsche Gesundheitssystem besteht in der Unterstützung durch das soziale Netz der Asylbewerberinnen und Asylbewerber. Erfahrungswissen wird weitergegeben, wodurch die Prozesse und zu erledigenden Aufgaben erläutert werden. Auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind eine wertvolle Informationsquelle. Diese Quellen stellen jedoch keine verlässliche Grundlage der Informationsbeschaffung dar, da sie von der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und der Unterstützungsbereitschaft anderer abhängig sind. Außerdem ist die Wirksamkeit von Selbsthilfe- und Unterstützungsnetzwerken von vielen Faktoren beeinflusst, so etwa von Kontaktmöglichkeiten und von der Unterbringungssituation (ländlicher/städtischer Raum, Zugang zum Internet).

Sprache

Eine fehlende gemeinsame Sprache an den Schlüsselstellen des Zugangs zu medizinischer Versorgung (als Gate-Keeper: Sozialbehörde, Praxispersonal) erschwert das Vorbringen des Problems, eine Klärung möglicherweise erkannter Fehler oder Nachfragen und eines potentiellen Widerspruchs. Wird das Anliegen der Asylbewerberinnen und Asylbewerber nicht richtig verstanden (beispielsweise Kopfschmerzen statt Zahnschmerzen), erfolgt

die Zuweisung auf einen falschen Behandlungspfad. Dies verzögert die (richtige) medizinische Behandlung und vermehrt kommunikative und organisatorische Aufgaben (Mobilität, Koordination mit Integrations- und Sprachkursen und Behördenterminen). Die Folgen können so weit reichen, dass Asylbewerberinnen und Asylbewerber gar nicht in der Lage sind, Hilfe zu suchen und so eine potentiell dramatische Situation der medizinischen Nichtversorgung entstehen kann.

Umgekehrt können Asylbewerberinnen und Asylbewerber aufgrund eingeschränkter Sprachkenntnisse Informationen möglicherweise nicht verstehen. Dies schränkt ihr kompetentes Agieren im Gesundheitssystem ein. Ist die Information in einer unbekanntenen Schriftsprache verfasst, kann sie – auch wenn sie richtig ist – nicht verstanden und dementsprechend bewertet und angewendet werden. Informationen auf Behandlungsscheinen können nicht interpretiert, der Ablauf somit nur schwer verstanden werden. Orientierungsschwierigkeiten werden nicht gelöst oder entstehen neu, wenn nach dem Weg zu einer medizinischen Einrichtung gefragt, die Antwort darauf aber nicht richtig verstanden wird.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber wenden eine Vielzahl verschiedener Strategien an und nutzen Ressourcen, um eine fehlende gemeinsame Sprache zu kompensieren. Auch ist hier die Aktivierung des sozialen Netzes von großer Bedeutung.

Sprachmittlung: Sowohl Helferinnen und Helfer aus Deutschland, Menschen aus der Gemeinschaft der Asylbewerberinnen und Asylbewerber oder, falls diese nicht zu erreichen sind, professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die entsprechend bezahlt werden müssen, können sprachlich für die Beteiligten eine Gesprächsgrundlage schaffen. Hierbei wird oft nicht nur die Sprache selbst gedolmetscht oder übersetzt, sondern werden teilweise

auch Abläufe und Hintergründe erklärt, da Sprachmittlerinnen und Sprachmittler oft schon vertraut damit sind.

»[Anmerkung: Es spricht die Dolmetscherin.]

Wenn so einfache Dinge zum Beispiel, wenn ich einen Krankenschein brauche, dann sage ich: Hallo ich bin krank, ich brauche, krank, diese Worte kann ich auf Deutsch [...] sagen. Aber wenn etwas also anderes ist, kann ich nicht sprechen und reden, dann nehme ich einen Freund mit, der kann besser deutsch sprechen [...], als Dolmetscher [...] nehme ich ihn mal mit.« (Interview_#10_A195)

Vermittlungssprache: Das Benutzen einer dritten Sprache (vor allem Englisch), die von allen Interaktionspartnerinnen und -partnern verstanden wird, erscheint sehr hilfreich.

»[T]hen [...] I was happy that the doctor and the secretary speaks English and [...] I could understand what to do next.« (Interview_#1_A92)

Übertragen kommunikativer Aufgaben auf andere: Stoßen Asylbewerberinnen und Asylbewerber auf sprachliche Schwierigkeiten oder antizipieren sie diese, so versuchten sie teilweise, Dritte zu gewinnen, um Kommunikationsaufgaben zu übernehmen. Dies können Helferinnen und Helfer aus Deutschland, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Menschen aus der Gemeinschaft der Asylbewerberinnen und Asylbewerber sein. Gelegenheiten, bei denen Unterstützung gesucht wird, sind Telefonate mit und Besuche bei Behörden sowie die Terminorganisation mit Ärztinnen und Ärzte.

Verhalten der Interaktionspartnerin und des Interaktionspartners: Auch ohne eine gemeinsame Sprache kann Verstehen und/oder das Erlernen einer neuen Sprache erleichtert werden, wenn Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner anerkennen, dass es sprachliche Schwierigkeiten gibt,

sich mit Geduld auf die Interaktion einlassen und dabei schrittweise und langsam sprechen sowie gegebenenfalls Zeichensprache verwenden.

Zeichensprache: »Mit Händen und Füßen« zu reden, scheint zwar zur örtlichen Orientierung bei ausreichenden Zeitressourcen hilfreich, in medizinischen oder administrativen Kontexten, die oftmals von knappen Zeitbudgets geprägt sind, ist dieses Vorgehen jedoch häufig nicht zielführend.

Priorisiertes Erlernen der deutschen Sprache: Viele Interviewpartnerinnen und Interviewpartner benutzen Schlüsselbegriffe auf Deutsch, auch wenn sie sich erst kurze Zeit in Deutschland aufhalten, z. B. »Schein«, »Sozial«, »Termin«.

Internationale technische Normen: Einmal wurde berichtet, dass Kenntnisse über international einheitliche Wirkstoffnamen von Medikamenten eine Hilfestellung bieten, sich in der Apotheke verständlich zu machen.

Nutzung des Smartphones: In den Interviews kam die Benutzung des Smartphones in medizinischen oder administrativen Kontexten nicht direkt zur Sprache. Jedoch legt die Nutzung des Smartphones in der Interviewsituation selbst eine alltägliche Verwendung, auch im Zugang zu medizinischer Versorgung, nahe. Es hilft bei Sprachmittlung sowie beim Speichern medizinischer Befunde, um sie bei Bedarf zeigen zu können.

Kommunikation institutioneller Akteurinnen und Akteur untereinander

Dokumente wie Behandlungs- und Überweisungsscheine, Atteste und Briefe fungieren als Kommunikationsmedien zwischen den verschiedenen Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, der Ausländerbehörden und des Asylverfahrens. Sie

regulieren und legitimieren Zugang und Anspruch zu gesundheitlichen Leistungen. Sind sie jedoch fehlerhaft, zum Beispiel durch ein falsches Datum oder den Eintrag einer falschen Fachrichtung auf einem Behandlungsschein, werden Asylbewerberinnen und Asylbewerber in der Arztpraxis wahrscheinlich abgewiesen oder sie sind auf die Flexibilität und guten Willen des Personals angewiesen.

»Er [Anmerkung: Gemeint ist der Interviewpartner, es spricht die Dolmetscherin.] wollte also, seine Frau war krank, er wollte einen Krankenschein für seine Frau holen, dann ist er zum Sozialamt gegangen, sagt er: Ich bekomme Krankenschein immer nur für einen Tag [...]. Und dann damals war eine junge Frau da, sie hat mir, das war zwölfte neunter als ich hin, als ich dort war, hat sie zwölfte neunter geschrieben, dann hab ich gesagt: Junge Frau Sie haben falsch geschrieben nur für heute haben Sie. Meine Frau geht morgen zum Arzt, also bitte dreizehnter schreiben. Und sie [...] ist alles ok ist ok, und ich weiß, dass es nicht ok [...]. Dann bin ich nach Hause gekommen, und haben wieder geguckt: Das ist zwölfte September nicht dreizehnter. Ja. [...] Aber trotzdem bin ich mit diese Krankenschein mit meine Frau zum Arzt gegangen [...], weil sie konnte nicht mehr, musste ich dann, bin ich dieser, ich wusste, das ist falsches Datum, aber trotzdem [...] bin ich mit diesem Krankenschein zum Arzt gegangen. Krankenschwester sie hat das gesehen, sofort hat sie zu mir gesagt, nein das ist falsch Herr Aryan, das ist falsche Datum. [...] Wir sind heute, heute ist dreizehnter nicht zwölfte [...]. Dann sie hat gesagt: Aber bitte morgen bring wieder einen neuen Krankenschein [...]. Dann hab ich versprochen, dass ich neuen Krankenschein hole.« (Interview #10_A171–173)

Asylbewerberinnen und Asylbewerber erleben sich selbst als Vermittlerinnen und Vermittler zwischen den unterschiedlichen Akteurinnen

und Akteuren. Diese Vermittlungsarbeit wird als besonders schwierig beschrieben, da sie in der Regel über keine gemeinsame Sprache mit den weiteren Akteurinnen und Akteuren verfügen und die Vermittlung mit zahlreichen Kommunikationssequenzen verbunden ist.

» Zugangskommunikation: Implikationen für Health Literacy und weitere Entwicklungen

Asylbewerberinnen und Asylbewerber erleben Zugangskommunikation ins Gesundheitssystem als anspruchsvoll und aufwendig. Und sie tragen mit hohem Einsatz zu deren Gelingen bei. Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber kann die Zahl kommunikativer Prozesse reduzieren, potentiellen Missverständnissen vorbeugen und den Zugang zu medizinischer Versorgung linearer organisieren. Die Stärkung der Selbsthilfetätigkeiten und eine verlässliche Informationsweitergabe erscheinen hilfreich.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber können ihre Kompetenzen und Fähigkeiten aber oft nicht in vollem Maße einsetzen, weil die strukturelle Voraussetzung, die Gesundheitsinformation selbst, nicht oder unzureichend zur Verfügung steht oder eine gemeinsame Sprache mit Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartnern fehlt. Diese grundlegende Information ist notwendige Voraussetzung für Health Literacy (Nutbeam 2000). Health Literacy als ein relationales Konzept stellt Anforderungen an Institutionen und an Individuen.

Zur Förderung der Health Literacy von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern und damit der Befähigung, selbstbestimmt und kompetent über ihre

Gesundheit zu entscheiden, sind grundlegende, verlässliche und verständliche Informationen darüber notwendig, wie das Gesundheitssystem organisiert ist, welche Akteurinnen und Akteure welche Aufgaben übernehmen und wie Rechte eingefordert werden können. Dies unterstreicht die Bedeutung des strukturellen Aspekts und der Verantwortung der beteiligten Institutionen in der Förderung der Health Literacy (Bitzer und Spörhase 2016).

Das Bundesgesundheitsministerium greift dieses Erfordernis auf und hat einen mehrsprachigen Ratgeber über die Strukturen und Abläufe medizinischer Versorgung für Asylbewerberinnen und Asylbewerber veröffentlicht (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Eine andere Möglichkeit ist es, mehrsprachige Informationsveranstaltungen in Erstaufnahmeeinrichtungen durchzuführen. Da diese Orte von den meisten Asylbewerberinnen und Asylbewerbern zu Beginn des Asylverfahrens passiert werden müssen, können hier effizient viele Menschen grundlegendes Wissen über die Abläufe der medizinischen Versorgung (und darüber hinaus) erhalten.

Großes Potential können partizipative Ansätze haben, die Informationen bedürfnisorientiert aufbereiten, wie das Projekt »REFUGIUM – Rat mit Erfahrung: Flucht und Gesundheit – Information und Multiplikation« der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg zeigt (Färber und Kama 2016).

Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind nicht nur Adressaten von Gesundheitskommunikation, sondern auch »active agents« der Health Literacy (Abel 2016), indem sie Dritten spezifische Informationen und Erfahrungen bereitstellen und auf die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner abgestimmtes Wissen austauschen. Diese Selbsthilfepotentiale zu stärken, kann neben dem Abbau der strukturellen Schwellen Health Literacy verbessern.

Es ist hilfreich für Asylbewerberinnen und Asylbewerber, die deutsche Sprache zu erlernen. Damit können sie weitere Fähigkeiten erwerben, ihre gesundheitlichen Beschwerden auszudrücken, sich bei Behörden verständlich zu machen und Prozesse im Gesundheitswesen besser nachzuvollziehen sowie sich kompetent im Versorgungsnetz zu bewegen. Dies kann jedoch nur eine mittel- und langfristige Strategie sein, Menschen besser an medizinischer Versorgung teilhaben zu lassen. Kurzfristig kann nicht erwartet werden, dass sich Menschen, die sich erst wenige Monate in Deutschland aufhalten, kompetent auf Deutsch über ihren Gesundheitszustand und ihre Beschwerden ausdrücken können.

Kommunikative und informationelle Schwierigkeiten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber im deutschen Gesundheitswesen lassen sich auch sozialisationstheoretisch verstehen. Menschen, die in Deutschland aufgewachsen sind, bewegen sich vielfach intuitiv und selbstverständlich im Gesundheitssystem, weil sie die Abläufe und Akteurinnen und Akteure seit der Kindheit erfahren und erlernen. Menschen, die in anderen Formen der Organisation medizinischer Versorgung sozialisiert worden sind, müssen diese neue Rolle als Patientin oder Patient erst annehmen. Dieser Lernprozess ist nicht trivial.

Durch das Aufnehmen der Perspektive von Asylbewerberinnen und Asylbewerber in die wissenschaftliche und mediale Diskussion können die Anforderungen an diese Rolle als Patientin oder Patient sowie Bedarfe an Gesundheitsförderung und Prävention erkannt und – im besten Fall gemeinsam mit der Zielgruppe – Instrumente entwickelt werden, diese zu fördern.

Sozialbehörden können als Nadelöhre der sozialen Versorgung Schlüsselstellen der Verbreitung gesundheitssystemrelevanter Informationen sein. Aufgrund des Konfliktes ihrer Aufgaben der

Fürsorge einerseits und der Reglementierung andererseits, erscheint es jedoch sinnvoll, auch anderen Akteurinnen und Akteuren diese Informationsaufgabe zu übertragen.

Die Rückübertragung der Entscheidung über den Zugang zu medizinischen Leistungen, also die Indikationsstellung zu medizinischer Versorgung nach medizinisch-professionellen Maßstäben, auf das Gesundheitswesen, kann ebenfalls dazu beitragen, gesundheitliche Versorgung für Asylbewerberinnen und Asylbewerber auch kommunikativ, einfacher und transparenter zu organisieren. Die Abkehr von der medizinisch einschränkenden und bürokratischen Reglementierung durch das AsylbLG und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber setzen so die zugrundeliegende Arzt-Patient-Beziehung wieder an die erste Stelle (Abbildung 2).

Dieser Beitrag fokussiert die kommunikativen Aspekte im Zugang zu medizinischer Versorgung und kann nicht auf die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Sprachmittlung während der ärztlichen Behandlung eingehen. Das Übersetzen durch Verwandte oder Bekannte der Patientinnen und Patienten, das Hinzuziehen mehrsprachiger Mitarbeitender der Krankenhäuser und Praxen, der Einsatz professioneller Dolmetscherinnen und Dolmetscher oder ehrenamtlicher Sprachmittlungsdienste werden praktiziert, bringen jedoch in unterschiedlicher Ausprägung diverse Nachteile mit sich: etwa hinsichtlich Datenschutz, Privatsphäre, Kosten, Haftung, Sicherstellung sprachlicher Kompetenz. Insbesondere im Bereich der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen sind qualifizierte Sprachmittlung und ihre verlässliche Finanzierung notwendig (Bundespsychotherapeutenkammer 2017).

» Literatur

- Abel, T. (2016):** Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Operationalisierungen – und zurück. In: BZgA (Hg.): Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Gesundheitsförderung Konkret, Band 20), S. 13–20.
- Ackermann Rau, S.; Sakarya, S.; Abel, T. (2014):** When to see a doctor for common health problems. Distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. In: International Journal of Public Health 59 (6), S. 967–974, DOI: 10.1007/s00038-014-0583-5.
- aerzteblatt.de (2017):** Mehr Flüchtlinge erhalten Gesundheitskarte. In: aerzteblatt.de vom 23.01.2017. Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/nachrichten/72619/Mehr-Fluechtlinge-erhalten-Gesundheitskarte [29.06.2017].
- Bermejo, I.; Hölzel, L. P.; Kriston, L.; Härter, M. (2012):** Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55 (8), S. 944–953, DOI: 10.1007/s00103-012-1511-6.

- Bitzer, E.-M.; Spörhase, U. (2016):** Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und Public Health-Perspektive. In: BZgA (Hg.): Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Gesundheitsförderung Konkret, Band 20), S. 21–39.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2017):** Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Mai 2017. Nürnberg. Online verfügbar unter www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-mai-2017.pdf?_blob=publicationFile [13.06.2017].
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2015):** Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland. Unter Mitarbeit von Ethno-Medizinisches Zentrum e. V. Berlin. Online verfügbar unter www.ratgeber-gesundheit-fuer-asylsuchende.de [29.06.2016].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2017):** Was benötigen psychisch kranke Flüchtlinge? BPTK-Round-Table mit Experten aus der Praxis. Berlin. Online verfügbar unter www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/was-benoetigt.html [29.06.2017].
- Bundesrepublik Deutschland (30.06.1993):** Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG vom 05.08.1997 (BGBl. I, S. 2022), das zuletzt durch Artikel 20 Absatz 6 des Gesetzes vom 23.12.2016 (BGBl. I, S. 3234) geändert worden ist. Online verfügbar unter www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html [28.06.2016].
- Färber, C.; Kama, N. (2016):** REFUGIUM. Rat mit Erfahrung: Flucht und Gesundheit – Information und Multiplikation. HAW Hamburg – Fakultät Life Sciences – Department Gesundheitswissenschaften. Hamburg. Online verfügbar unter www.refugium.agency [29.06.2017].
- Frank, L.; Yesil-Jürgens, R.; Razum, O.; Bozorgmehr, K.; Schenk, L.; Gilsdorf, A. u. a. (2017):** Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1), S. 24–47, DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-005.
- Führer, A.; Eichner, F.; Stang, A. (2016):** Morbidity of asylum seekers in a medium-sized german city. In: European Journal of Epidemiology, DOI: 10.1007/s10654-016-0148-4.
- Hurrelmann, K.; Richter, M. (2013):** Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim und Basel, 8. überarbeitete Auflage.
- Mayring, P. (2015):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel, 12. überarbeitete Auflage.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (15.06.2017):** Sozialministerin Diana Golze: Skepsis mit Fakten begegnen – elektronische Gesundheitskarte bewährt sich. Potsdam. Online verfügbar unter www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/085_17_Golze_elektronische_Gesundheitskarte_20170615.pdf [29.06.2017].
- Nutbeam, D. (2000):** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15 (3), S. 259–267.
- Schaeffer, D.; Berens, E.-M.; Vogt, D. (2017):** Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. In: Deutsches Ärzteblatt 114 (4), S. 53–60, DOI: 10.3238/arztebl.2017.0053.

- Schnabel, P.-E. (2009):** Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In: Roski, R. (Hg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure, Audience Segmentation, Anwendungsfelder. Wiesbaden, S. 33–55.
- Spura, A.; Kleinke, M.; Robra, B.-P.; Ladebeck, N. (2017):** Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 60 (4), S. 462–470, DOI: 10.1007/s00103-017-2525-x.
- Wächter-Raquet, M. (2016):** Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf [29.06.2017].
- Wängdahl, J.; Lytsy, P.; Mårtensson, L.; Westerling, R. (2014):** Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. In: BMC Public Health 14: 1030, DOI: 10.1186/1471-2458-14-1030.
- Witzel, A. (2000):** Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. In: Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research 1 (1), Art. 22. Online verfügbar unter www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519 [28.06.2017].

>> 02.2

Ressourcenorientiertes und kultursensibles Denken und Handeln (ReKuLDH) in der Flüchtlingshilfe – Ein Fortbildungskonzept zur Stärkung von Resilienz und Ressourcen haupt- und ehrenamtlich Engagierter

Ann-Marie Krewer

Nicht nur die Fluchtbewegungen zahlreicher Menschen, die in Europa und vor allem in Deutschland Aufnahme und Schutz such(t)en, erreichte 2015 einen bisherigen Höhepunkt. Auch die damit einhergehende Belastung des Hilfe- und Unterstützungssystems sowie derjenigen, die darin tätig sind, geriet an Grenzen. Es zeigte sich, dass dieses System selbst der Unterstützung bedurfte, um langfristig seine Aufgaben wahrnehmen zu können. Vor diesem Hintergrund wurde am Institut SO.CON der Hochschule Niederrhein auf Anregung und mit finanzieller Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Fortbildung für ehren- und hauptamtlich in der Flüchtlingshilfe Engagierte konzipiert und als Pilotprojekt durchgeführt. Auf einem systemischen Ansatz basierend soll die Fortbildung die Helfenden darin unterstüt-

zen, ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten in den Blick zu nehmen, um so – insbesondere unter Belastung – in Balance mit den eigenen Ressourcen agieren zu können. Darüber hinaus soll dieser ressourcenorientierte Blick auch für die Arbeit mit den geflüchteten Menschen genutzt werden, da häufig übersehen wird, dass auch geflüchtete Menschen Fähigkeiten und Ressourcen besitzen, die genutzt und gestärkt werden können. Da die Arbeit im interkulturellen Setting stattfindet, bildet die interkulturelle Sensibilisierung der Teilnehmenden einen weiteren wichtigen Baustein der Fortbildung.

Im Folgenden werden die einzelnen Module des Fortbildungskonzeptes theoretisch begründet, der Aufbau der Fortbildungsreihe kurz erläutert sowie ein erstes Fazit nach dem ersten Durchgang gezogen.¹

1 Das Fortbildungskonzept wurde erarbeitet von Haja Molter (systemischer Psychotherapeut) und Prof. Dr. Sabine Krönchen (systemische Therapeutin und Supervisorin) unter Mitwirkung von Kerstin Schmitt (systemische Therapeutin). Der vorliegende Artikel basiert auf dem Abschlussbericht zur Pilotmaßnahme. Dieser wurde gemeinsam verfasst von Haja Molter, Sabine Krönchen, Kerstin Schmitt sowie von Barbara Beck und Ulrike Prell, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am Institut SO.CON, und der Autorin. Sie alle haben einzelne Textbausteine zu diesem Artikel beigetragen. Allen sei für die Mitwirkung gedankt.

» Grundsätzliche Überlegungen

Weltweit sind so viele Menschen wie nie zuvor auf der Flucht. Nach Angaben der UN-Flüchtlingshilfe war Ende 2016 mit 65,5 Millionen Menschen auf der Flucht ein neuer Höchststand erreicht (UNO 2017). Die Menschen fliehen vor Kriegen, internen Konflikten, drohender Verfolgung oder aufgrund fehlender Existenzgrundlagen aus ihrem Herkunftsland (Brenke 2016). Es ist zu erwarten, dass diese Gefährdungslagen andauern und Menschen dazu bewegen werden, in einem anderen Land langfristig Zuflucht zu finden.

Im Jahr 2016 haben die Mitarbeitenden des Bundesamtes für Migration etwa 695.000 Entscheidungen über Bleibeberechtigungen getroffen – so viele wie nie zuvor. Um den Aufgaben gerecht werden zu können, musste das Bundesamt das Personal deutlich aufstocken (BAMF 2016). Auch in sozialen Einrichtungen wurden in der Hilfe für Geflüchtete neue Stellen geschaffen. Gleichzeitig stieg die Anzahl derjenigen, die sich ehrenamtlich engagierten, enorm an. Berechnungen haben ergeben, dass sich jeder Zehnte in der Flüchtlingshilfe mit einem Stundenumfang von mindestens fünf Stunden in der Woche ehrenamtlich engagiert (Karakayali und Kleist 2016). Ohne sie wäre die Bewältigung der gesamten Aufgaben wohl kaum möglich.

Gleichzeitig muss ein enormer Anstieg an gewalttätigen Übergriffen auf Flüchtlingsunterkünfte und Geflüchtete registriert werden. Hass und Gewalt richten sich mittlerweile zunehmend auch gegen diejenigen, die geflüchtete Menschen unterstützen. Dahinter stehen abwertende, zum Teil feindselige Einstellungen gegenüber Geflüchteten, die ebenso wie positive Einstellungen und die Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung verbreitet sind. In der Flüchtlingsarbeit Engagierte sehen sich in diesem Spannungsfeld ganz unterschiedlichen Herausfor-

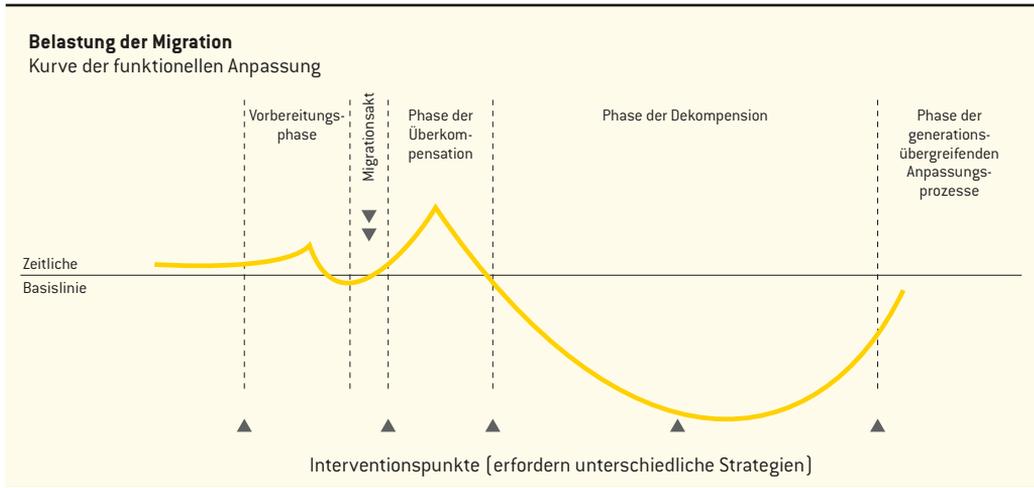
derungen ausgesetzt, die zu jeweils spezifischen Belastungen führen. Diese Herausforderungen resultieren zunächst aus dem hohen Arbeitsaufkommen an sich und der Termindichte. Darüber hinaus aber auch aus den Funktionslogiken (rechtliche Rahmenbedingungen, bürokratische Erfordernisse etc.) der unterschiedlichen Systeme, in denen sie agieren. Hier müssen bestimmte bürokratische Wege eingehalten oder auch (politische) Entscheidungen umgesetzt werden, die möglicherweise der Haltung der Engagierten entgegenstehen. Resultierende Ohnmachtsgefühle und innere Konflikte werden – neben dem Termindruck – als zusätzlicher Stress erlebt und schwächen die Ressourcen. Im sich wandelnden gesellschaftlichen Klima müssen Einzelne zudem ihre Motivation erklären, werden innerhalb der Familie oder im Freundes- und Kolleginnenkreis für ihr Engagement angegriffen und müssen sich rechtfertigen. Auch dies kann auf Dauer zu Frustration und Hilflosigkeit führen.

Last but not least sind die in der Flüchtlingsarbeit Tätigen mit einer höchst vulnerablen Zielgruppe konfrontiert, deren spezifische Lebenslagen sich zunächst und in erster Linie aus der Fluchterfahrung ergeben. Auch die Konfrontation mit diesen Lebens- und Fluchtgeschichten kann als belastend erlebt werden.

» Flucht als Krise

Jeder Wechsel im sozialen Umfeld eines Individuums/einer Familie – also jede Form der Migration – stellt in dem Sinne eine Krise dar, als dass der/die Einzelne bzw. der Familienverbund spezifische Herausforderungen zu bewältigen hat, die sich zuvor so noch nicht gestellt haben. Krisen zeichnen sich stets durch einen hohen Stresslevel aufgrund

Phasen der Migration



» Abb. 1: Phasen der Migration (nach Sluzki, www.lsgbayern.de/fileadmin/flash/praxishandbuch2014/files/assets/basic-html/page370_images/0002.jpg)

von mangelnder Sicherheit und Orientierung aus (Kizilhan und Beremejo 2009).

Im Kontrast zu einer sogenannten freiwilligen Migration² (z. B. Auslandsaufenthalt im Rahmen einer Ausbildung) folgen Menschen, die flüchten, einer Notwendigkeit bzw. einem Zwang, da ihre Unversehrtheit, ihre Existenzgrundlage, ihr Leben bedroht ist. Diese Situation ist mit Ohnmachtsgefühlen verbunden, in der Heimat keine Handlungsmöglichkeiten und Perspektiven mehr zu haben. Die Flucht wird als einzige noch mögliche selbstbestimmte Handlungsoption erlebt und ist selbst wiederum von Ausgeliefertsein (z. B. Abhängigkeit von Schleppern) und damit von Ohnmachtsgefühlen geprägt. Die Auslösung der Flucht, der Fluchtakt

selbst und das Ankommen als Flüchtling im Aufnahmeland stellen insofern eine immense Krise mit höchstem Stresslevel dar. Aufbruch, Fluchtprozess und Ankunft müssen vom Individuum emotional und kognitiv bewältigt werden. Es muss ein der neuen Lebenssituation angepasstes Verhalten erlernt werden. Insofern ist Flucht eine spezifische, besonders belastende Form der Migration.

Der forschende Mediziner und Psychiater Carlos E. Sluzki (Sluzki 2010) zeichnet eine Kurve der funktionalen Anpassung in der Krise jeglicher Migration auf einer Zeitschiene nach (siehe Abb. 1). Er beschreibt in seiner Migrationskurve folgende Phasen: Vorbereitungsphase, Flucht- oder Migrationsakt, Überkompensation und Dekompensationsphase.

2 Die Unterscheidung von freiwilliger bzw. erzwungener Migration ist umstritten, da die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Formen fließend sind (vgl. z. B. Kröhnert 2007). Da hier der Fokus in der Abgrenzung zu Krisen als Auslöser von Fluchtbewegungen liegt, wird der Terminus dennoch verwendet.

Bei Menschen, die unfreiwillig ihr Land verlassen, fällt die Vorbereitungsphase nur sehr kurz aus oder ganz weg. Nach dem Migrationsakt folgt die Phase der Überkompensation. Die Menschen stellen sich der Aufgabe des Ankommens und konzentrieren sich auf das alltägliche Leben. Es handelt sich um eine Phase, in der die Menschen in hohem Maße aufgabenorientiert agieren und nach Effizienz streben im Bemühen, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen und das Ankommen im weitgehend fremden Land zu bewältigen. Dies kann zu folgenden Verhaltensweisen führen, mit denen die Mitarbeitenden konfrontiert werden:

- Verdrängen der Unstimmigkeiten zwischen Erwartung und vorgefundener Realität.
 - Aktivismus (ständiges Drängen, mehrfach Anträge schreiben)³ und Überfreundlichkeit ebenso wie fordernde Anspruchshaltung und übermäßige Kritik (alles ist schlecht).
 - Bestreben, alles richtig machen zu wollen ebenso wie die unbewusste Verweigerung, Dinge zu tun, die Sprache des neuen Landes zu lernen, um sich selbst als Person, d. h. den eigenen Selbstwert, zu schützen.
 - Verabsolutierung der Gepflogenheiten und Werte im Aufnahmeland und Abkehr von anderen Geflüchteten bzw. Landsleuten ebenso wie die Verteufelung des Aufnahmelandes, des Westens und Rückzug in die Migrant*innen-Communities.
- Die unterschiedlichen Verhaltensweisen der Geflüchteten in dieser Phase der Überkompensation müssen richtig interpretiert werden, um adäquat reagieren zu können. Vor allem ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe engagierte Helferinnen und Helfer berichten immer wieder, dass sie mit verschiedenen Verhaltensweisen nur schwer zurechtkommen,

weil sie diese kaum einordnen können und sie häufig als Angriff auf die eigene Person oder als eine Einstellung des Sich-nicht-integrieren Wollens deuten⁴. Dies führt bei den Mitarbeitenden zum Teil zu Reaktionen, die weder für ihre eigene Gesundheit, noch für ihre Tätigkeit in der Flüchtlingshilfe förderlich sind (z. B. sich über die eigenen Grenzen hinaus anstrengen; zugleich vermehrte Erlebnisse von Frustration und Unzufriedenheit, weil die gut gemeinte Hilfe nicht angenommen wird...).

Obwohl bereits in dieser Phase der Überkompensation die Herausforderungen und psychosozialen Belastungen der Geflüchteten für die Mitarbeitenden sichtbar werden, erleben die meisten der geflüchteten Menschen dennoch eine relativ stabile Phase der Anpassung an die neue Situation. Insofern gilt die Unterstützung und Begleitung in der folgenden Phase der Dekompensation als weitaus schwieriger. Nach der immensen Anstrengung des äußeren Funktionierens und der inneren Zerrissenheit folgt die Phase der Dekompensation. Sluzki bezeichnet diese Phase als »a stormy period, plagued with conflicts, symptoms, and difficulties« (Sluzki 2007, o. S.).

In dieser Phase siedelt er die Hauptaufgaben der migrierten Menschen an: ihre neue Lebensrealität dauerhaft zu gestalten, dabei Kontinuität bezogen auf die eigene Identität zu wahren und sich gleichzeitig maximal an die neue Umwelt anzupassen. Die Menschen zeigen in dieser Phase oft körperliche oder psychische Beschwerden, die zu weiteren Krisen führen, die wiederum die Integration erschweren. Die Belastungen, die Enttäuschung, zum Teil Hoffnungslosigkeit, die Sorge um Zurückgebliebene, die Ungewissheit über den rechtlichen Status, die begrenzten Möglichkeiten sozialer Teilhabe und

3 Vgl. hierzu auch den Aufsatz von Kleinke, Robra und Spura auf Seite 66.

4 Dies ist u. a. eine Beobachtung der Autorin in mehreren Workshops mit ehren- und hauptamtlich Engagierten in unterschiedlichen Zusammenhängen – auch über dieses Projekt hinaus.

vieles mehr können nicht mehr – wie noch in der Phase der Überkompensation – verdrängt werden.

Für die Mitarbeitenden in der Flüchtlingshilfe ist es z. B. zu diesem Zeitpunkt enorm wichtig, neben den strukturellen und verfahrenstechnischen Bedingungen auch die psychosozialen Aspekte der Migration zu kennen, um adäquate Hilfe anbieten zu können.

>> Bedarfe haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeitender

Dass Menschen sich entschieden haben, in der Hilfe für Geflüchtete zu arbeiten, bedeutet noch nicht, dass sie sich im Vorfeld klargemacht haben, welche Herausforderungen damit verbunden sein können.

Flüchtlingsarbeit bedeutet, mit Menschen aus unterschiedlichen Kulturen zusammenzuarbeiten. Erst im alltäglichen Miteinander werden Unterschiedlichkeiten erfahrbar, die zu Missverständnissen oder Konflikten führen können. Ein solcher Unterschied bezieht sich z. B. auf ein unterschiedliches Verständnis von Zeitbegriffen wie »gleich«, »sofort«, »demnächst« oder auch die Verabredung einer konkreten Uhrzeit. Der westliche lineare oder »monochrome« Zeitbegriff und die damit verbundene Sekundengenauigkeit ist vielen anderen Kulturen fremd, die eher von einem zyklischen oder »polychromen« Zeitverständnis geprägt sind, in dem Dinge eher parallel erledigt werden und die Zeit eine eher untergeordnete Rolle spielt (Intercultural network o. J.). So kann es völlig unbeabsichtigt zu Konflikten kommen, weil das wechselseitige Verständnis fehlt. Eventuelle Gemeinsamkeiten, die eine Ressource in der Verständigung sein könnten, geraten dabei im Alltagstrott oft aus dem Blick.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten: Menschen, die haupt- oder ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe arbeiten,

- arbeiten unter Bedingungen, unter denen die Gefahr der körperlichen und seelischen Erschöpfung sehr groß ist,
 - sind mit Menschen und deren Lebens- und Leidensgeschichten konfrontiert, die einen zusätzlichen Belastungsfaktor darstellen,
 - agieren in interkulturellen Kontexten, die ein gemeinsames Verstehen nicht nur aufgrund unterschiedlicher Sprachen, sondern auch aufgrund unterschiedlicher Gewohnheiten und Prägungen erschweren,
 - sind meist geleitet von einer hohen intrinsischen Motivation, die hier Zuflucht und Sicherheit suchenden Menschen darin zu unterstützen, sich eine gesunde, d. h. sichere und von Zuversicht geprägte Lebensperspektive aufbauen zu können.
- Um dies leisten zu können bedarf es
- der Fähigkeit, auch unter belastenden Umständen den Zugang zu den eigenen Ressourcen und ein Gefühl für die eigenen Grenzen wahren zu können,
 - Hintergrundwissen zum Thema Flucht und Trauma, um eine Vorstellung davon zu gewinnen, von welchen Gefühlen und Gedanken die Menschen eingenommen sind und welche Bewältigungsstrategien schon entwickelt wurden oder aktiviert werden könnten,
 - Fähigkeiten und Kompetenzen, in interkulturellen Kontexten zu agieren.

>> Konzeptioneller Zugang

Um die auf diese Bedarfe zugeschnittene Fortbildungsreihe ReKulDH zu entwickeln, wurde ein

systemischer Ansatz gewählt, der gleichermaßen ressourcenstärkende, Resilienz fördernde und interkulturelle Elemente integriert sowie für den Umgang mit Traumata sensibilisiert. Ziel ist es, die Helfenden darin zu unterstützen, eigene Grenzen zu wahren und im Gleichgewicht mit den eigenen Ressourcen zu agieren. Auf diese Weise soll gleichzeitig eine Kommunikation und Interaktion mit den zu Unterstützenden gefördert werden, die den Anschluss an deren Ressourcen und Fähigkeiten finden lässt. Insgesamt wird damit eine Kommunikation auf Augenhöhe ermöglicht, die nicht von vorgefertigten Lösungen ausgeht, sondern die Menschen darin unterstützt, eigene und situationsadäquate Lösungen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die einzelnen Elemente dieses systemischen Konzeptes werden nun näher erläutert.

Systemische Grundlagen I: Haltung und Verfahren

In der Arbeit mit geflüchteten Menschen begeben sich ehren- oder hauptamtlich Engagierte zum Teil auf unbekanntes Terrain. Die spezifischen Lebenslagen der Menschen, mit denen sie es konkret zu tun haben, sind ihnen zunächst unbekannt. In welcher Migrationsphase (nach Sluzki) befinden sie sich? Vor was sind sie geflohen? Was haben sie erlebt auf der Flucht und welche Bewältigungsstrategien haben ihnen bis hierher geholfen? Welche Werte sind Ihnen wichtig? Solche und ähnliche Fragen zu stellen, ist ein erster Schritt hin zu einer kultursensiblen Interaktion; solche Fragen entspringen einer konstruktiven Haltung des Nichtwissens in Verbindung mit Neugier, die grundlegend für systemisches

Denken und Handeln ist (Bergknapp 2016). Demzufolge kann eine systemische Haltung als eine humanistische Grundhaltung bezeichnet werden, die ein Denken in Schubladen oder in Kategorien wie richtig oder falsch aufgibt »zu Gunsten einer offenen Herangehensweise ohne Vorurteile, die Phänomene kontextabhängig einordnet und dem Individuum das Recht und die Fähigkeit »zumutet«, für sich selbst die passende Wirklichkeit zu finden« (Institut für Systemische Beratung und Bildung o. J.).

Eine solche Grundhaltung ist förderlich für die Arbeit mit geflüchteten Menschen; sie kann den Helfenden und den zu Unterstützenden Halt geben, da sie als innere Grundeinstellung einen klaren Orientierungsrahmen für das eigene Handeln auch in unbekanntem Situationen bietet. »Haltung ist die Art und Weise, wie wir uns zu uns selbst und zu unserer Umwelt in Beziehung bringen, wie wir uns mit unserer Außen- und Innenwelt auseinandersetzen« (Bergknapp 2016, S. 5). In einer offenen Grundhaltung mit (geflüchteten)⁵ Menschen zu interagieren bedeutet, sie nicht auf eine Eigenschaft, eine Kategorie – z. B. »geflüchtet« – zu reduzieren. Menschen werden im systemischen Verständnis als »nicht triviale, komplexe Systeme« mit einer Vielzahl von Möglichkeiten zu denken, zu fühlen und zu handeln, mit Ressourcen und Fähigkeiten wahrgenommen (NZFH o. J.). Die Tatsache z. B. der Flucht bildet lediglich den Kontext, mit den oben genannten oder ähnlichen Fragen in Beziehung zu dem ganzen Menschen in seiner Komplexität zu treten, Ressourcen und Stärken in den Blick zu nehmen und so ihn im Finden eigener Lösungen zu unterstützen.

Eine systemische Haltung als Grundlage systemischen Arbeitens basiert u. a. auf einem

5 Die Ausführungen in diesem Kapitel erörtern die theoretischen Grundlagen einer systemischen Praxis in der Arbeit mit unterschiedlichen Zielgruppen; sie gelten also nicht nur für die Arbeit mit geflüchteten Menschen. Um dies zu verdeutlichen wird die Spezifizierung der Zielgruppe »geflüchtete« Menschen in Klammern gesetzt.

theoretischen Bezugsrahmen aus kybernetischem Prozessverständnis und einer Abkehr von absolut gesetzten Wahrheiten. Nach der Erkenntnistheorie des Konstruktivismus kann es uns Menschen nicht gelingen, unsere vielschichtige Wirklichkeit von komplexen Wechselwirkungen objektiv zu erfassen (Glaserfeld 1978). Vielmehr wird davon ausgegangen, dass wir unsere Wirklichkeit kommunikativ und interaktiv, also dialogisch erzeugen bzw. sozial konstruieren.

Der so konstruierten sozialen Wirklichkeit nähert man sich am besten durch die Verschränkung unterschiedlicher Sichtweisen, d. h. durch das Beschreiben der Wirklichkeit aus verschiedenen Perspektiven. So können mittels Diskurs und Kooperation Verständigung erreicht und daraus umsetzbare Lösungen entwickelt werden.

Systemische Theorien als Basis systemischen Arbeitens mit unterschiedlichen Zielgruppen sind in diesem Sinne als Landkarten zu betrachten die Orientierung ermöglichen. Dabei stellen die Landkarten nicht die Landschaft selbst dar, sondern ein mehr oder weniger genaues Abbild. Als Landschaft ist in diesem Kontext die jeweilige Realität der (geflüchteten) Menschen zu sehen, als Orientierung stiftende Landkarte die systemische Grundhaltung von Offenheit und Neugier, die die Interaktion prägt und die Menschen als Ganzes in den Blick nimmt. Zusammen mit einem Wissen z. B. um mögliche Wirkungen von Fluchterfahrungen wird fragend und aus mehreren Perspektiven die aktuelle Realität erkundet.

Für die zwischenmenschliche – auch interkulturelle – Kommunikation und Interaktion im Kontext von Hilfesettings folgt daraus:

- Wir benötigen Landkarten zur Orientierung, und die Güte der Landkarten bemessen wir daran, wie erfolgreich sie uns durch die Landschaft führen (man denke an den Seefahrer, der gefährliche Klippen mit Hilfe seiner Seekarte zu umschiffen sucht).
 - Realität ist abhängig vom Beobachter, d. h. Realität ist das Ergebnis eines konstitutiven Prozesses und immer an die Wechselwirkung zwischen einem erfahrenen System und einem zu erfahrenden System gekoppelt. Verdeutlichen kann dies die Wechselwirkung zwischen den Helfern und Helferinnen (erfahrenes System) in der Begegnung mit den Flüchtlingen (zu erfahrendes System). Da es sich um einen wechselseitigen und dynamischen Prozess handelt – und im Sinne angestrebter Perspektivwechsel gilt dies auch umgekehrt –, können auch die Flüchtlinge das erfahrene und die Helfer bzw. Helferinnen das zu erfahrende System sein.
 - Im Systemischen spricht man nicht von statischen Eigenschaften, die Dingen oder Personen zugeschrieben werden. Stattdessen werden Systemzusammenhänge in Form von Relationen, Strukturen oder Kontexten in den Blick genommen, die zu bestimmten Verhaltensweisen in bestimmten Situationen führen.
 - Hilfeprozesse sind im systemischen Verständnis stets wechselseitige Selbstorganisationsprozesse, in denen sich das Hilfesetting aus Unterstützendem und zu Unterstützendem durch dynamische und auf Perspektivwechsel gegründete Interaktionen permanent verändert. Hier organisieren sich die jeweiligen Beteiligten als Subsysteme jeweils selbst.
- Zusammenfassend kann gesagt werden: »Der Blick auf Systemzusammenhänge empfiehlt, Menschen zu respektieren als solche, die unter geeigneten Bedingungen auch anders handeln können – im weitesten Sinn konstruktiver. Etwas zu diesen geeigneten Bedingungen beizusteuern, ist das Kernstück systemischen Arbeitens.« (Systemische Gesellschaft o. J., S. 11) Dies beinhaltet die Würdigung des bisherigen Handelns der Menschen, da letztendlich ein jedes Tun einem Lösungsversuch gleichkommt.

Die Weiterbildung ReKulDH versteht sich vor diesem Hintergrund als Angebot zum mehrperspektivischen Wahrnehmen und zur Erweiterung des konkreten Handlungsrepertoires. Dies gilt sowohl für die Helfenden als auch für die geflüchteten Menschen, mit denen sie arbeiten. Indem die Helfenden selbst im Bewusstsein und in der Wahrnehmung ihrer Stärken, Ressourcen und gelungenen Interaktionen gestärkt werden, werden sie gleichzeitig darin unterstützt, mit der gleichen Haltung auch den geflüchteten Menschen zu begegnen und diese wiederum in der Wahrnehmung ihrer Ressourcen zu bestärken.

Hiermit eng verbunden ist die sogenannte Irritation nicht nur gewohnter Handlungs- sondern auch Denkmuster: Stereotype und manchmal Vorurteile werden so kritisch beleuchtet und machen neuen Sichtweisen und Lösungsmöglichkeiten Platz. Im Kontext einer sich kultursensibel definierenden Prävention bedeutet dies auch, das Gesundheits- und Krankheitsverständnis nicht allein an unseren schulmedizinischen Maßstäben und Vorstellungen auszurichten, sondern nach »fremden« Sinnbezügen und Bedeutungsgehalten zu fragen.

Systemische Grundlagen II: Selbstwert und Wertschätzung

Virginia Satir hat als Metapher für Selbstwert das Bild des vollen Topfes eingeführt. Einen Menschen mit einem vollen Topf »Selbstwert« beschreibt sie so: »Er ist fähig, andere um Hilfe zu bitten, aber er glaubt an seine eigene Entscheidungsfähigkeit und an die Kräfte in sich selbst. Weil er sich selbst wertschätzt, kann er auch den Wert seiner Mitmenschen wahrnehmen und achten. Er strahlt Vertrauen und Hoffnung aus. Er hat seine Gefühle nicht mit Regeln belegt. Er akzeptiert alles an sich als menschlich.« (Satir 2007, S. 39) Weiter schreibt sie: »Gefühle von

positivem Selbstwert können nur in einer Atmosphäre gedeihen, in welcher individuelle Verschiedenheiten geschätzt sind, in welcher Fehler toleriert werden, wo man offen miteinander spricht und wo es bewegliche Regeln gibt – kurz in einer Atmosphäre, die eine »nährende«, wachstumsfördernde Familie ausmacht.« (ebd.)

Zur systemischen Grundhaltung gehören – neben der Haltung des Nichtwissens und der Neugier – infolgedessen Wertschätzung und Respekt vor der Autonomie, vor dem Selbstwert der anderen und die Achtung ihrer Überzeugungen und Wirklichkeitskonstruktionen. Im Zusammenhang mit der Flüchtlingshilfe geht es darum, die Hilfesettings so zu gestalten, dass eine von Wertschätzung und Respekt geprägte, gleichzeitig nährende und wachstumsfördernde Atmosphäre für die Geflüchteten aber auch für die Helfenden entsteht.

Diversitätsbewusste Aufmerksamkeit

Die beschriebene systemische Grundhaltung ist konstitutiv für die Art und Weise, zu interagieren und zu kommunizieren. In der Arbeit mit geflüchteten Menschen gilt es nun, diese Haltung in die Praxis der Kommunikation in interkulturellen Kontexten zu transferieren. Für die Helfenden in der Flüchtlingsarbeit sowie für die Geflüchteten liegt hier eine große Chance. Sie können Vorreiter eines Austausches werden, wenn sie sich wechselseitig als gleichwertig achten und in der Lage sind, Perspektivwechsel vorzunehmen, d. h. andere anzuerkennen und sich in das Gegenüber hineinzusetzen. So können unterschiedliche »Landkarten der Bedeutung« geschaffen werden, anstatt sich fest und ausschließlich an das eigene Wertesystem zu klammern.

Wie kann es Helfenden gelingen, kulturelle Vielfalt anzunehmen und zu gestalten?

Hinter der Frage nach dem Umgang mit kultureller Vielfalt verbirgt sich ein bedeutsames Thema bzw. Charakteristikum der heutigen Zeit: Diversität (lateinisch *Diversitas*: Vielfalt, Breite) beschreibt den zunehmenden Grad an Pluralität und Verschiedenheit/Differenz zwischen Menschen und sozialen Strukturen. Kultur ist dabei nur ein Aspekt unter vielen.

Leiprecht sieht die Notwendigkeit, Diversität zu thematisieren u. a. darin begründet, dass bestimmte Einteilungen zu festlegenden Zuschreibungs- und Bewertungsprozessen führen. Er postuliert eine »diversitätsbewusste Aufmerksamkeit als untersuchende Haltung«, die es ermögliche, angemessene Balancen im Umgang mit Vielfalt zu finden (Leiprecht 2011, S. 58):

Balance 1: Keine Differenzblindheit – Individuen nicht auf einen bestimmten Unterschied oder eine bestimmte Unterscheidung reduzieren. Das bedeutet: stets nach mehr als einer Differenzlinie wie z. B. der ethnischen Zugehörigkeit zu fragen und darauf zu achten, ob und in welcher Weise verschiedene Differenzen wie z. B. Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit zusammenspielen (Intersektionalität). Alle Menschen sind in mehrerer Hinsicht verschieden; so zeichnet die geflüchteten Menschen nicht nur aus, dass sie geflüchtet sind – sie kommen genauso wie die Helfenden aus sehr verschiedenen Ländern, sie sind männlich oder weiblich; sie sind homo-/hetero-/oder trans-/intersexuell, sie gehören einer bestimmten Schicht an...; welche Kategorie gerade diejenige ist, die in einer bestimmten Situation den größten Unterschied macht, ist abhängig vom Kontext: eine Frau musste möglicherweise auf der Flucht oder auch im Aufnahmelager sexuelle Übergriffe erleben; homosexuelle Menschen suchen Kontakt zur Community...; es ist also wichtig, das Zu-

sammenspiel der Differenzlinien »Geschlecht und Geflüchtet«, »sexuelle Orientierung und Geflüchtet und Geschlecht« wahrzunehmen, um adäquat unterstützen zu können. Hieraus können sich zudem Gemeinsamkeiten auch zu den Helfenden ergeben, die über das Trennende der Fluchterfahrung hinausweisen.

Balance 2: Differenzlinien und strukturelle Verhältnisse wahrnehmen – aber Menschen nicht in gruppenbezogene Schubladen stecken, sondern Individualität im sozialen Kontext sehen. Das bedeutet: Individuen handeln in subjektiven Möglichkeitsräumen (historische und gesellschaftliche Kontexte). Fokus: Wie gehen Menschen mit ihren Kontexten um? Mit dem Einteilen von Menschen in Kategorien wie »die Ausländer«, »die Flüchtlinge«, »die Homosexuellen« etc. gehen bestimmte, in der Regel abwertende Zuschreibungen einher. Aus diesen Zuschreibungen resultieren für die betroffenen Menschen Diskriminierungen allein aufgrund der Zugehörigkeit zu dieser Gruppe. Diese gilt es als strukturelle Diskriminierung wahr- und ernst zu nehmen und diese Erfahrung niemandem abzusprechen.

Balance 3: Unterschiede voneinander unterscheiden – Unterschiede können mit sozialen Benachteiligungen, Ausgrenzungsprozessen, Stigmatisierungen etc. verbunden sein – Unterschiede können auch harmlos sein, als lustvoll erlebt werden. Ist die Angelegenheit bedeutungsvoll: Unterschiede thematisieren und hinterfragen (Skandalisierung). Handelt es sich um eine »konfliktfreie Geschichte«: Unterschiede stehen lassen, einer unnötigen

›Aufladung‹ mit Bedeutung vorbeugen (Entdramatisierung).

Ein Mädchen, das sich in der Klasse als homosexuell geoutet hat, wird in einer Sportstunde gezwungen, alleine in eine Umkleidekabine zu gehen, um ›die anderen Kinder zu schützen‹; es erlebt also eine massive Ausgrenzung, unter der es sehr leidet. Hier wäre als Intervention »Skandalisierung« angezeigt, also im Klassenverband den Unterschied zu thematisieren und die Mitschüler/Mitschülerinnen im Perspektivwechsel zu unterstützen und zur Empathie zu befähigen.

In einer Flüchtlingsunterkunft gibt es immer mal wieder Kommentare und auch Wortgefechte zu den Bestandteilen von Mahlzeiten und zur Notwendigkeit der Einhaltung bestimmter religiöser Vorschriften beim Nutzen gemeinsamer Kocheinrichtungen (Beispiel: Entfernen tierischer Fettreste auf Grillrosten oder Backblechen). Hier wäre die Intervention der Entdramatisierung hilfreich statt diesen Konflikt durch weitere Thematisierung aufzuladen.

Entsprechend dem systemischen Ansatz geht es somit nicht um ein einzelnes, zugeschriebenes Gruppenmerkmal, z. B. Ethnie, das sich gar zum Stigma entwickeln kann. Stattdessen wird zuerst nach den Kontexten gefragt: »Weshalb, in welcher Weise und mit welchen Folgen spielt ein bestimmtes Ensemble von Differenzlinien (Geschlecht, Ethnie, Alter – die Autorin) in einem konkreten sozialen Kontext eine Rolle? Und danach: Weshalb, in welcher Weise und mit welchen Folgen wird in diesen sozialen Kontexten beispielsweise die Frage nach der Kultur bedeutsam?« (Leiprecht 2008, S. 16)

In einer systemischen Grundhaltung diversitätsbewusst zu agieren, bedeutet also, offen und neugierig dafür zu sein, auch zunächst sehr fremd anmutende Landschaften zu erkunden und dafür so-

wohl die eigenen vor allem aber auch die Landkarten der geflüchteten Menschen zu nutzen. Die Kommunikation gestaltet sich eher fragend als behauptend, eher wissen wollend als erklärend, eher partizipativ gemeinsam gestaltend als dominant instruierend.

In der Flüchtlingshilfe geht es nicht zuletzt darum, die hier Schutz suchenden Menschen in ihrem Ankommen zu unterstützen und ihnen zu helfen, für sich wieder eine positive Lebensperspektive zu entwickeln. Es geht darum, die Resilienzen und Ressourcen aller Beteiligten zu erkennen, zu fördern und zu stärken.

Resilienz- und Ressourcenorientierung

Resilienz- und Ressourcenorientierung sind weitere Grundpfeiler systemischen Denkens und Handelns. Während das Resilienzkonzept auf Basis der Forschungsarbeiten von Emmy Werner entwickelt wurde (siehe unten), wurzelt die Ressourcenorientierung in der humanistischen Psychologie.

Bei der Ressourcenorientierung handelt es sich um eine Grundhaltung, die sich an den Stärken und Kompetenzen der Menschen orientiert. Dabei geht man davon aus, dass jeder Mensch eigene Copingstrategien für anstehende Handlungsanforderungen entwickeln kann und dafür die notwendigen Ressourcen zur Verfügung habe (Molter und Wolter 2016). Schiepek und Cremers (2003, S. 154 f.) bezeichnen Ressourcen allgemein als Kraftquellen, als »Quellen, aus denen man all das schöpfen kann, was man zur Gestaltung eines zufriedenstellenden, guten Lebens braucht, was man braucht, um Probleme zu lösen oder mit Schwierigkeiten zurecht zu kommen.« Es wird zwischen internen (z. B. gutes Selbstwertgefühl, Gesundheitszustand, körperliche Fitness, Durchsetzungsvermögen, Begeisterungsfähigkeit etc.) und externen Ressourcen (liebevolle Beziehungen, soziales eingebunden

sein, gesichertes Einkommen, Zugang zu Bildung oder Gesundheitsversorgung etc.) unterschieden (Beushausen 2010, S. 289). Ressourcenorientiert zu arbeiten bedeutet, Menschen darin zu unterstützen, sich ihrer Ressourcen als Kraftquellen (wieder) bewusst zu werden und diese zur Bewältigung ihrer Lebenslagen einzusetzen.

Das Bewusstsein der eigenen Kraftquellen fördert Resilienz, die verstanden werden kann als »Fähigkeit von Menschen, schwierige Situationen gesund zu überstehen« (Reddemann 2015, S. 20) bzw. als psychische Widerstandsfähigkeit. Das Konzept der Resilienzorientierung steht dabei in enger Verbindung zum Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky; umso resilienter, umso widerstandsfähiger Menschen sind, umso mehr gelingt es ihnen, ein gesünderes Leben zu führen. Resiliente Menschen haben die Fähigkeit, noch aus den widrigsten Lebensumständen gestärkt und mit größeren Ressourcen ausgestattet als zuvor herauszukommen. Dabei ist Resilienz ein aktiver Prozess. Resilienz ist erlernbar, diesen Schluss zog Emmy Werner, die mit ihrer Langzeitstudie über Kinder der Insel Hawaii das Konzept der Resilienz begründet hat (Werner u. a. 1971). Nach Welter-Enderlin, wird »unter Resilienz (...) die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rücksicht auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen« (zitiert nach Hildenbrand 2006, S. 13).

Resilienz kann damit als das übergeordnete Konzept verstanden werden; als grundlegende Fähigkeit des Menschen, seine Ressourcen zu nutzen, um mit Mut und Zuversicht krisenhafte Zustände anzunehmen und sie bewältigen zu können.

Dies bedeutet für Helfende in der Flüchtlingsarbeit, auf Basis der systemischen Grundhaltung im Dialog mit den Geflüchteten Menschen diese darin zu unterstützen, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und diese (wieder) aktivieren zu können – und dadurch ihre Resilienz zu fördern.

Trauma/Umgang mit Trauma

Geflüchtete Menschen mussten in ihren Herkunftsländern und dann auf ihrer zuweilen lang andauernden Flucht oft traumatische Ereignisse durchleben, wie z. B. körperliche und sexualisierte Gewalt, Schlepperbanden ausgeliefert sein, Entführungen, tagelange Bootsfahrten in viel zu kleinen Booten über das offene Meer, Geiselnahme, Terroranschläge, Kriegereignisse, Folter, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle, akute und lebensbedrohende Erkrankungen.

Insofern ist die Auseinandersetzung mit der Trauma-Thematik und der Umgang mit einem möglichen Trauma eine der zentralen Anforderungen in der Flüchtlingshilfe.

Auch hierbei spielt Interkulturalität eine Rolle. Die geflüchteten Menschen kommen aus unterschiedlichen ethnischen und kulturellen Kontexten, sodass eine Klassifizierung der auftretenden Symptome nach unseren Maßstäben (DSM und ICD) fragwürdig ist. Bauchschmerzen z. B. können vieles bedeuten und die unterschiedlichsten Ausformungen haben. Auch wenn einige Diagnose-Manuale »culture-bound-syndromes«⁶ ausweisen, reicht das nicht aus, die mögliche Vielfalt kultureller Hintergründe abzubilden, mit der sich Kliniker weltweit

6 »Psychische oder somatische Symptome, deren Vorkommen auf eine bestimmte Kultur oder eine Kulturgruppe aufgrund des jeweiligen spezifischen psychosozialen Hintergrunds beschränkt sind. Ein Beispiel für unseren Kulturkreis ist die Anorexia nervosa (Anorexie), die durch westliche Schönheitsideale und Negativattributierung übergewichtiger Personen beeinflusst wird (western culture bound syndrome).« (www.spektrum.de).

hervorgerufen durch die Migrationsbewegungen konfrontiert sehen [Kizilhan 2013]. Für viele Flüchtlinge liegt z. B. die Möglichkeit, psychisch krank zu sein, außerhalb ihres Möglichkeitsraumes. Sie hatten bisher meist keinerlei Erfahrung mit Psychotherapie, in ihren Herkunftsländern sind psychotherapeutische Einrichtungen unseres Zuschnitts eher die Ausnahme. Wenn aber davon ausgegangen werden muss, dass ein gewisser Prozentsatz von Flüchtlingen an den Folgen erlittener Traumata leidet, fehlen die Therapeutinnen und Therapeuten mit ausreichenden Fremdsprachenkenntnissen, um traumatisierte Flüchtlinge angemessen behandeln zu können [Kluge 2015].

Deshalb ist die vordringliche Aufgabe von Helferinnen und Helfern, daran mitzuwirken, die unsicheren Lebensbedingungen der Flüchtlinge durch einen sicheren Aufenthalt zu stabilisieren, sowie den Zugang zu Bildung und Arbeit zu ermöglichen. Gemäß der systemischen Grundhaltung des Nichtwissens und der respektvollen Neugier gilt es auch im Zusammenhang mit einer eventuellen Traumatisierung Fragen zu stellen und im gleichberechtigten Dialog gemeinsam zu entwickeln, was im Augenblick hilfreich und förderlich sei. Schließlich kann das Verhalten, das Geflüchtete zeigen, als den Umständen entsprechend »normal« betrachtet werden [Foitzik 2015].

Posttraumatisches Wachstum

Das Thema Trauma beinhaltet einen weiteren Aspekt, der im Zusammenhang mit systemischer Flüchtlingsarbeit besonders hilfreich und Zuversicht gebend ist: Posttraumatisches Wachstum [Tedeschi und Calhoun 1995]. Das bedeutet, Menschen können nach gravierenden traumatischen Erlebnissen eine Weisheit entwickeln, die sie zu Expertinnen bzw. Experten im Umgang mit schwie-

rigen und unauflösbaren Lebensfragen macht und eine allgemeine Stärkung der individuellen Resilienz bewirkt. Richard G. Tedeschi, der als Professor an der UNC Charlotte lehrt, hat fünf Bereiche posttraumatischen Wachstums als Ergebnis seiner Forschung herausgearbeitet:

- Intensivierung der Wertschätzung des Lebens: Das traumatische Erlebnis führt zu einer Veränderung der Prioritäten. Kleine alltägliche Dinge gewinnen an Bedeutung, persönliche Beziehungen werden wichtiger als materielle Dinge.
- Intensivierung der persönlichen Beziehungen: Das traumatische Ereignis hat einen Teil der alten Beziehungen zerstört. Die überlebenden Beziehungen werden intensiviert.
- Bewusstwerdung der eigenen Stärken: Das Bewusstwerden der eigenen Verletzlichkeit vermittelt ein Gefühl innerer Stärke. Diese resultiert aus der Erfahrung, dass die eigene Sicherheit im Leben jederzeit angreifbar ist und es gleichzeitig möglich ist, die Folgen zu meistern.
- Entdecken neuer Möglichkeiten bei der Suche nach neuen Zielen und Aufgaben – die tägliche Herausforderung der hier Schutz und Aufnahme suchenden Menschen.
- Intensivierung des spirituellen Bewusstseins: Die traumatischen Grenzerlebnisse werfen existenzielle Fragen auf, die zu Reflektionen über den Sinn des Lebens und größerer inneren Zufriedenheit führen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aus einem Verlust ein Gewinn entstehen kann. Tedeschis Forschungen weisen darauf hin, dass bis zu 90 % von Trauma-Überlebenden mindestens einen Aspekt des posttraumatischen Wachstums erfahren [Haas 2015]. Im hier dargelegten systemischen Verständnis Hilfe und Unterstützung zu gestalten, mag dazu beitragen, dass die Geflüchteten Anschluss finden an ihre jeweiligen Aspekte posttraumatischen Wachstums.

» Die Fortbildungsreihe Ressourcenorientiertes und Kultursensibles Denken und Handeln in der Flüchtlingshilfe – ReKuIDH

Auf der Basis der bisherigen Ausführungen wurde am Institut SO.CON der Hochschule Niederrhein zwischen November 2015 und Juli 2016 eine Fortbildungsreihe für ehren- und hauptamtlich Mitarbeitende in der Flüchtlingshilfe konzipiert und umgesetzt⁷. Diese sollte einen Beitrag zur psychosozialen Stärkung der Mitarbeitenden leisten und gleichzeitig Handlungshilfen für eine stärkende und konstruktive Arbeit mit den geflüchteten Menschen anbieten.

Folgende Inhalte sollten darin abgebildet werden:

- Stärkung der kommunikativen Kompetenzen der Helfenden im interkulturellen Setting.
- Konstruktive Auseinandersetzung mit den Grundzügen von Transkulturalität und Diversität.
- Wahrnehmung von Selbstfürsorge als Wert und Aufgabe, um die geflüchteten Menschen hilfreich begleiten zu können.
- Aktivierung eigener (auch verdeckter) Ressourcen.
- Systemischer Umgang mit möglicherweise vorhandenen Traumatisierungen.
- Wahrnehmung von Ressourcen und Resilienzen, die zur Bewältigung der Flucht geholfen haben.

Für die Konzeption wurden zunächst die zu der

Zeit vorhandenen aktuellen Bedarfe erhoben. Dazu wurden in einem ersten Schritt Gespräche mit verschiedenen Trägern der Flüchtlingshilfe geführt. Im zweiten Schritt wurden Interessenten und Interessentinnen aufgefordert, ihre konkreten Unterstützungsbedarfe zu benennen.

Die befragten Personen der Träger und Einrichtungen bestätigten, dass ein akuter Mangel an ressourcenorientierten Fortbildungen für Helferinnen und Helfer bestünde. Mangelnde interkulturelle Kompetenzen sowie die unterschiedlichen Erwartungen und Erfahrungen von haupt- und ehrenamtlichen Tätigen führten vermehrt zur deren Frustration. Hinzu komme, dass Belastungsgrenzen verkannt und überschritten würden.

Weiterhin wurde deutlich, dass die unterschiedlichen Erfahrungen, Qualifikationen und Zuständigkeiten der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden die Zusammenarbeit erschwerten. Die hauptamtlichen Strukturen wurden teilweise von der >Welle< der Hilfsbereitschaft überrollt; so entstand für die hauptamtlichen Mitarbeitenden eine zusätzliche Belastung dadurch, den vielen Unterstützern und Unterstützerinnen sinnvolle Aufgaben zu geben. Für beide Seiten führte die hohe Belastung zu Ohnmachtsgefühlen und dem Bedürfnis, sich abzugrenzen und Prioritäten besser zu setzen. Missverständnisse und Unsicherheiten im Umgang mit den fremden Kulturen, aus denen die geflüchteten Menschen stammen, führten zur weiteren Verunsicherungen.

Diese Rückmeldungen bestätigten die Idee einer Fortbildung, die nicht rechtliche Aspekte oder Verfahrensfragen im Zusammenhang mit Flucht und Asyl

⁷ Konzeption und Umsetzung lagen in der Verantwortung von Haja Molter und Sabine Krönchen unter Mitarbeit von Kerstin Schmitt; Organisation und Lehr-/Lernkontrolle sowie die Gesamtverantwortung lagen beim Institut. Finanziert wurde die Fortbildungsreihe von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit. Für die zweite Jahreshälfte 2017 ist ein zweiter Durchgang geplant. Aus dem gesamten, dann vorhandenen Material wird ein Schulungshandbuch zur Weitergabe für die Praxis erarbeitet.

thematisierte, sondern Ressourcen, Stärkung und Förderung interkultureller Kompetenzen fokussiert.

Die Maßnahme wurde an fünf Fortbildungstagen umgesetzt. Auf Grundlage der genannten Bedarfe wurden in jeweils eintägigen Seminaren Inputs zu den Themen systemische Haltung und Verfahren, Interkulturalität, Resilienz und Trauma gegeben sowie in Übungen bearbeitet. Dazu wurde ein Aufbau gewählt, der nach Molter und Schmidt (2016)

- schrittweise (er)klärt,
- Anregungen bietet,
- systemische Herangehensweisen deutlich macht,
- Unterschiede aufzeigt, um eine systemische Haltung zu ermöglichen und
- eigene Ideen für den professionellen Umgang mit kultureller Vielfalt fördert.

Im Einzelnen sah die thematische Umsetzung wie folgt aus:

- Erster Tag: Gruppenfindung, Erfahrungsaustausch, Feinabstimmung der Bedarfe, Vorstellung des Konzeptes; systemische Grundlagen; Ressourcenhaushalt; Förderung der interkulturellen Kompetenz (Do's und Don't's in der Begleitung von geflüchteten Menschen).
- Zweiter Tag: Erfahrungsaustausch, Beobachtungen des Unterscheidens in multikulturellen Kontexten, Sensibilisierung für Stereotype, Vielfalt der Wahrnehmungsmöglichkeiten erkennen; Resilienzfaktoren.
- Dritter Tag: Unterschiedliche Kulturen verstehen, Dimensionen von Kultur, Konzept von Transkulturalität; Integrationsanforderungen und Integrationsmöglichkeiten; Trauma (Erkennen und Umgang).
- Vierter Tag: Phasen der Migration; systemisch-konstruktivistische Grundlagen; Unterscheidungen, die einen Unterschied machen; Helferinnen und Helfer im Spannungsfeld zwischen Trauma und Resilienz.

- Fünfter Tag: Identifizierung eigener Ressourcen, Erarbeitung einer eigenen Ressourcensammlung; Perspektivenwechsel; Transfer; Rückbesinnung/ Bilanz/Feedback.

Ferner wurden den Teilnehmenden Informationen und Materialien zum Selbststudium in Verbindung mit den Weiterbildungstagen zur Verfügung gestellt.

Um die Fortbildung prozesshaft an den Bedarfen der Teilnehmenden ausrichten zu können, wurde durchgängig eine Lehr-/Lernkontrolle mit den Methoden der schriftlichen und mündlichen Befragung sowie der teilnehmenden Beobachtung eingesetzt. Die hierüber ermittelten Informationen über den Programmverlauf und die Arbeitsergebnisse der Fortbildungstage (Tagesablauf, stattgefundene Prozesse, nonverbale/verbale Reaktionen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer etc.) sowie die subjektiven Bewertungen der Teilnehmenden wurden systematisiert und analysiert. Die Ergebnisse wurden im Anschluss der jeweiligen Termine mit den Referentinnen und Referenten besprochen und fanden auf diese Weise Eingang in die Planung der weiteren inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung der Fortbildungstermine.

» Fazit nach dem ersten Fortbildungsdurchgang

Für eine erste Bewertung des Ansatzes, eine Fortbildung für die Zielgruppe der haupt- und ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe Mitarbeitenden mit einem systemischen Ansatz zu konzipieren, soll auf zwei Aspekte eingegangen werden: die Gruppenzusammensetzung von hauptamtlichen Fachkräften und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern sowie die Verknüpfung von Ressourcen- und Resilienzorientierung mit interkultureller Kompetenzentwicklung.

Wie oben bereits erwähnt, war das Verhältnis zwischen den haupt- und ehrenamtlich Tätigen in den Einrichtungen der Flüchtlingshilfe in der Zeit zwischen November 2015 und Sommer 2016 sowohl von Hilfsbedürftigkeit und Hilfsbereitschaft als auch von Spannungen geprägt. Aus diesen Spannungen heraus wurde das Konzept, die Fortbildung an beide Zielgruppen gemeinsam zu adressieren, zunächst im Team kritisch diskutiert und von den Trägern, vor allem aber auch von den hauptamtlichen Fachkräften, skeptisch beurteilt. Andererseits bot jedoch die systemische Ausrichtung der Fortbildung den richtigen Rahmen, um die Spannungen, die zu zusätzlichen Belastungen führten, thematisieren zu können, da haupt- und ehrenamtlich Tätige unterschiedlichen Systemlogiken unterworfen sind, die zu sehr unterschiedlichen Anforderungen, Belastungen, Restriktionen etc. führen. Hauptamtlich Tätige sind für die formalen Wege zuständig, sind an gesetzliche Vorgaben gebunden, haben eine Vielzahl von »Fällen« und eine verfügbare Arbeitszeit. Die Ehrenamtlichen haben unter Umständen den direkteren Draht zu den Menschen, sind freier im Agieren, betreuen Einzelne, sind aber möglicherweise nicht da eingesetzt, wo sie gerne wollten und kennen evtl. die einzuhaltenden Wege nicht – vor allem, wenn sie sich erstmals ehrenamtlich in diesem Bereich engagieren, wie es 2015/2016 für viele galt.

Es stellte sich im Laufe der Fortbildung heraus, dass es auf beiden Seiten ein hohes Informationsbedürfnis gab; die systemische Grundhaltung von Unwissenheit und respektvoller Neugier war hier sehr wertvoll. Dabei hatten die ehrenamtlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eher Informations- und Sachfragen; so waren ihnen z. B. häufig die Hintergründe für bestimmte Entscheidungen nicht klar, woraufhin sie z. B. Gefühle von Frust, Enttäuschung oder Sich-nicht-ernstgenommen-fühlen entwickelten. Demgegenüber war den hauptamtlichen Helfen-

den häufig die Motivationen für das ehrenamtliche Engagement nicht bewusst bzw. die Vorstellungen, die mit diesem Engagement verbunden waren. Auch wussten sie wenig über die konkreten Fähigkeiten, die eingebracht werden konnten. Beide Seiten agierten in solchen Situationen auf der Ebene von Vermutungen und Unterstellungen, was in Phasen hoher Belastung zu kräftezehrenden Konflikten führte.

In dieser Situation bot die Fortbildung die Möglichkeit, herausgetreten aus dem Alltag, sich auf Augenhöhe respektvoll zu begegnen. Diese Rückmeldung wurde vor allem von den ehrenamtlichen Teilnehmenden geäußert, die sich sonst eher in einer hierarchisch untergeordneten Kommunikationssituation mit den Hauptamtlichen erleben. So konnte Verständnis für die Perspektive der jeweils anderen Seite entwickelt und die Erfahrung einer auf Wertschätzung und gegenseitigem Respekt beruhenden Kommunikation für eine wieder konstruktivere Zusammenarbeit in den Alltag mitgenommen werden.

Die Erfahrungen der Fortbildungsreihe zeigten weiterhin, wie wichtig es ist, eigene Verhaltensmuster im Kontext kultureller Prägungen zu reflektieren sowie unterschiedliche Bedürfnisse wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Es stellte sich heraus, dass Frust und Ohnmachtsgefühle häufig daraus resultierten, dass Verhaltensweisen der Geflüchteten nicht richtig eingeordnet werden konnten. Durch die Sensibilisierung für interkulturelle Prozesse und durch die Wissensvermittlung in Bezug auf die Phasen von Migration und Flucht mit ihren Auswirkungen auf die Betroffenen, konnten die Teilnehmenden darin unterstützt werden, auch hier einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und ein besseres Verständnis für die Situation der Geflüchteten zu entwickeln. Darüber hinaus erwies es sich als sehr wertvoll, den Blick auf die Geflüchteten zu erweitern und die Teilnehmenden darin zu unterstützen,

den Menschen hinter dem Label »Flüchtling« wahrzunehmen und ihm mit respektvoller Neugier und der Haltung des Nichtwissens zu begegnen. Dadurch wurde deutlich, dass viele z. B. mit ihren gut gemeinten Hilfsangeboten scheiterten, weil sie nicht die aktuellen und sich vielleicht dynamisch verändernden Bedarfe derer getroffen hatten, an die die Angebote gerichtet waren. Die Aufforderung, den Menschen fragend zu begegnen, sensibel für deren Bedürfnisse zu werden, entlastet vom eigenen Druck, sich immer neue Angebote ausdenken zu müssen in der Hoffnung, dass das nächste vielleicht passen wird. In diesem Sinne wurden die

Helfenden immer wieder ermutigt, die Perspektive zu wechseln und die geflüchteten Menschen in ihrer immanenten Vielfalt zu sehen sowie in deren strukturellen Zwängen, die sich aus ihrer jeweiligen Lebenslage und den institutionalisierten Verfahren der Aufnahmeregelungen ergaben.

Diese Erfahrungen lassen den Schluss zu, dass sich die Gesamtkonzeption der Fortbildungsreihe bewährt hat, sodass sie in der zweiten Jahreshälfte 2017 ein weiteres Mal angeboten werden kann.

» Literatur

- BAMF (2016):** Asylzahlen und Halbjahresbilanz. Herausgegeben vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/20160707-asyl-geschaeftsstatistik-juni.html [Zugriff am 29.05.2017].
- Beushausen, J. (2010):** Ressourcenorientierte stabilisierende Interventionen. In: Kontext 41, S. 287–307. Online verfügbar unter www.dgsf.org/service/wissensportal/Ressourcenorientierte%20stabilisierende%20Interventionen%20-2010.pdf [Zugriff am 14.08.2017].
- Bergknapp, A. (2016):** Systemische Haltung zwischen Theorie und Praxis. In: Systema, Heft 1, 2016, S. 5–19.
- Brenke, K. (2016):** Flüchtlinge. Asylsuchende in Deutschland und der Europäischen Union. Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 245–257. Statistisches Bundesamt [Destatis]; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf;jsessionid=CA9A5DE3A637436111912DCB10ABE6C6.cae3?_blob=publicationFile [Zugriff am 14.08.2017].
- Foitzik, A. (2015):** Rassismus im pädagogischen Alltag. Katholische LAG Kinder- und Jugendschutz NW e. V. (Hg.). Thema Jugend Kompakt Nr. 3. Münster.
- Glaserfeld, E. v. (1978):** Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, P. (Hg.) [1983]: Die erfundene Wirklichkeit. München.
- Haas, M. (2015):** Am Trauma wachsen. Zeit online www.zeit.de/2015/36/psychologie-trauma-krieg-therapie [Zugriff am 14.8.2017].

- Hildenbrand, B. (2006):** Resilienz, Krise und Krisenbewältigung. In: Hildenbrand, B.; Welter-Enderlin, R.: Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg.
- Intercultural network (o. J.):** Monochronismus und Polichronismus in Kulturen. Online verfügbar unter www.intercultural-network.de/einfuehrung/polychronismus.shtml [Zugriff am 10.08.2017].
- Institut für Systemische Beratung und Bildung (o. J.):** Grundlagen des Systemansatzes. Online verfügbar unter www.insys-institut.de/weiterfuehrende-literatur/grundlagen-des-systemansatzes.html [Zugriff am 29.05.2017].
- Karakayali, S.; Kleist, O. (2016):** EFA-Studie 2. Strukturen und Motive der ehrenamtlichen Flüchtlingsarbeit (EFA) in Deutschland. 2. Forschungsbericht. Ergebnisse einer explorativen Umfrage vom November/Dezember 2015. Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM). Online verfügbar unter www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/wp-content/uploads/2016/08/Studie_EFA2_BIM_11082016_VOE.pdf [Zugriff am 27.02.2017].
- Kizilhan, J.; Beremejo, I. (2009):** Migration, Kultur, Gesundheit. In: Bengel, J.; Jerusalem, M. (Hg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen, S. 509–518.
- Kluge, U. (2015):** Die Dritten im Raum. Interview mit Frau Dr. Ulrike Kluge über Psychotherapie mit Dolmetschern. In: BPTK-Dialog, Ausgabe 4/2015, S. 3. Online verfügbar unter <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/nachrichten/bptk.../bptk-nl-2015-04.pdf> [Zugriff am 2.10.2017]
- Krönchen, S. (2012):** Interkulturalität. In: von Wirth, J.; Kleve, H. (Hg.): Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg, S. 181–185.
- Leiprecht, R. (2008):** Auf dem langen Weg zu einer diversitätsbewussten Sozialpädagogik. Online verfügbar unter www.uni-frankfurt.de/41114482/Leiprecht_Rudolf_2008_Diversitaetsbewusste_Sozialpaedagogik.pdf [Zugriff am 14.08.2017].
- Leiprecht, R. (2011):** Diversitätsbewusste Soziale Arbeit. Schwalbach.
- Maercker, A. (2009):** Posttraumatische Belastungsstörungen. München, 3. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage.
- Mecheril, P. (2011):** Mehr intrakulturelle Kompetenz. Ausblick zum sogenannten inter-kulturellen Lernen. Vortrag auf der Fachtagung »Chancen der Vielfalt nutzen« an der FH Köln.
- Molter, H.; Schmidt, K. (2016):** Reflektionen über die Arbeit mit Geflüchteten und Asylbewerbern. Ein Beitrag aus der Sicht systemischen Denkens und Handelns im Rahmen des Projektes ReKulDH. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 34 (3), S. 104–110.
- Molter, H.; Wolter., B. (2016):** Diesseits und jenseits von Ressourcenorientierung. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 34 (2), S. 58–63.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF) (o. J.):** Netzwerke frühe Hilfen systemisch verstehen und koordinieren. Köln, S. 229–231 [Grundannahmen systemischen Denkens und Handelns – Teil 1]. Online verfügbar unter www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Qualifizierungsmodul.pdf [Zugriff am 06.09.2017].
- Reddemann, L. (2015):** Resilienz. In: Z Palliativmed 2015, 16, S. 20–25. Online verfügbar unter www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1398731 [Zugriff am 2.10.2017].

- Rummel, M. (2016):** Wozu Führung? 7 Thesen. In: *systema* 2016/ 1, S. 42–52.
- Satir, V. (2007):** Selbstwert und Kommunikation: Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. Stuttgart, 18. Auflage.
- Schiepek, G.; Matschi, B. (2013):** Ressourcenerfassung im therapeutischen Prozess. Darstellung, Förderung und nachhaltige Nutzung. In: *Psychotherapie im Dialog* 14, S. 56–41.
- Sluzki, C. E. (2007):** Migration and familiy conflict. Online verfügbar unter <http://sluzki.com/?articles&id=44a> [Zugriff am 09.08.2017].
- Sluzki, C. E. (2010):** Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In Hegemann, T.; Salman, R.: *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn, S. 108–123.
- Sötemann, C. (2003):** Zirkuläre Ressourcenerfragung und existenzielle Fundierung in der ambulanten Suchttherapie. In: *systema* 3, S. 230–238.
- Spektrum.de (o. J.):** Lexikon der Biologie. Online verfügbar unter www.spektrum.de/lexikon/biologie/kulturgebundenes-syndrom/37638 [Zugriff am 02.10.2017].
- Systemische Gesellschaft; Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. (Hg.) (o. J.):** Der systemische Ansatz und seine Praxisfelder. Eine Informationsbroschüre der Systemischen Gesellschaft. Deutscher Verband für Systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e. V. Online verfügbar unter https://systemische-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2016/02/SG_Systemischer-Ansatz-und-seine-Praxisfelder.pdf [Zugriff am 29.5.2017].
- Tedeschi, R. G.; Calhoun, L. C. (1995):** *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of of suffering*. Newbury Park.
- UNHCR (2017):** Zahlen & Fakten. Online verfügbar unter www.uno-fluechtlingshilfe.de/cdn/trk/lp/v01/ [Zugriff am 09.08.2017].
- Werner, E. E.; Bierman, J. M.; French, F. E. (1971):** The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten. Honolulu.

03

Autorinnen und Autoren

PD Dr. Cornelia Betsch ist Diplompsychologin und ab Winter 2017 Heisenberg-Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Erfurt. Sie forscht zu sozialen und individuellen Aspekten der gesundheitlichen und medizinischen Entscheidungsfindung. Ihre Erfurter Forschungsgruppe ist das Psychology and Infectious Diseases Lab (PIDI-Lab). Ziel des PIDI-Labs ist es, aus der Perspektive der Urteils- und Entscheidungsfindung sowie der strategischen Interaktionsperspektive insbesondere die Impf-Entscheidung und den umsichtigen Gebrauch von Antibiotika zu analysieren. Die Kombination aus tiefem Verständnis und guter Anwendbarkeit von Forschung wurde als »Pasteur's Quadrant« (Stroke 1997) bezeichnet. Die Mitglieder des PIDI-Labs fühlen sich dieser Tradition verpflichtet und streben sowohl ein tiefes, grundlagenorientiertes Verständnis als auch eine gute Verwertbarkeit der Befunde in der Anwendung an. Sie ist Mitglied der Deutschen Kommission zur Verifizierung der Elimination der Masern und Röteln (Bundesministerium für Gesundheit; am Robert Koch-Institut)

und nach zwei Amtszeiten scheidendes Mitglied von ETAGE (European Technical Advisory Group of Experts in Immunization, WHO/Euro). Sie gehört dem wissenschaftlichen Beirat des Science Media Centers (Köln) an. An der Universität Erfurt ist sie Mitbegründerin des GENIA-Netzwerks zur interdisziplinären Gesundheitsforschung. An der Universität Erfurt verantwortet sie Deutschlands erstes Masterprogramm Gesundheitskommunikation. Kontakt und Informationen: www.cornelia-betsch.de.

Prof. Dr. Patrick Franke hat in Bonn und Aleppo Islamwissenschaft, Rechtswissenschaft und Arabistik studiert und 2008 an der Universität Halle mit einer Arbeit zum islamischen Denken in der frühen Neuzeit habilitiert. Seit 2009 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Islamwissenschaft an der Universität Bamberg, seit 2013 Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Interreligiöse Studien (ZIS). Als ein langfristig angelegtes Projekt, das Forschung und Wissenschaftstransfer in die Öffentlichkeit miteinander verbindet, verfolgt Prof. Dr. Patrick Franke

seit 2013 den Aufbau einer in die deutschsprachige Wikipedia integrierten Islam-Enzyklopädie. Das Projekt umfasst mittlerweile über 220 Artikel, siehe www.uni-bamberg.de/islamwissenschaft/bie. Kontakt und mehr Informationen: www.uni-bamberg.de/islamwissenschaft/personen/prof-dr-patrick-franke.

Matthias Kleinke ist Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg. Er promoviert zum Erleben der medizinischen Versorgung aus der Sicht von Asylbewerberinnen und Asylbewerber. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Migration und Gesundheit sowie qualitative Gesundheitsforschung.

Dr. phil. Ann-Marie Krewer hat die Vertretungsprofessur »Soziale Dienste und Einrichtungen, Sozialverwaltung« an der Hochschule Niederrhein und ist Leiterin des Instituts »SO.CON Forschung und Entwicklung für die Soziale Arbeit«. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Differenzsensible Handlungskonzepte in institutionellen und kommunalen Kontexten sowie die Projektleitung von ReKulDH – Ressourcenorientiertes und kultursensibles Denken und Handeln in der Flüchtlingshilfe. Kontakt: ann-marie.krewer@hs-niederrhein.de

Bernt-Peter Robra MPH ist Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Versorgungs- und Evaluationsforschung im Gesundheitswesen sowie Ausbildungsforschung. Er ist Koordinator des interdisziplinären Verbundprojekts »Autonomie im Alter« und ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).

PD Dr. Erika Sievers ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin. MPH, Promotion und Habilitation. Seit 2007 ist sie Referentin für Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf mit den Themenschwerpunkten Migration und Gesundheit sowie kulturelle Kompetenz im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (MIKKI). Seit 2008 ist sie Mitglied im bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit sowie in weiteren Gremien zum Thema Migration und Gesundheit, u. a. des Netzwerkes Junge Familie und des Kindernetzwerkes. Kontakt und weitere Informationen: www.akademie-oegw.de/die-akademie/mitarbeiterinnen.html.

Anke Spura ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin und Koordinatorin des Lehrbereichs medizinische Soziologie, medizinische Aus- und Weiterbildung am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Medizinsoziologie, Versorgungsforschung, Ausbildungsforschung, Biographieforschung und qualitative Forschungsmethoden, Paarsoziologie und Fachkräftesicherung.

Prof. Dr. Haci-Halil Uslucan hat an der Freien Universität Berlin (FU) Psychologie, Philosophie und Allgemeine und Vergleichende Literaturwissenschaft studiert und dort in Psychologie zum Thema »Handlung und Erkenntnis bei John Dewey und Jean Piaget« eine Dissertation vorgelegt und an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg habilitiert. Seit 2010 ist er wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Türkeistudien und Integrationsforschung sowie Professor für Moderne Türkeistudien an der Universität Duisburg-Essen. Kontakt und weitere Informationen: www.uslucan.de.

