

Transkulturelle Betrachtungen im Umgang mit Flüchtlingen

PETER KAISER

Das Fremde

„Fremde bedeuten das Fehlen von Klarheit, man kann nicht sicher sein, was sie tun werden, wie sie auf die eigenen Handlungen reagieren würden; man kann nicht sagen, ob sie Freunde oder Feinde sind – und daher kann man nicht umhin, sie mit Argwohn zu betrachten“, so der Soziologe Zygmunt Bauman (BAUMAN 2000: 39). Dies geschieht dann, wenn das Fremde, das Andersartige überall und dominierend wahrgenommen wird, wenn also nicht auf das Verbindende, sondern nur das Trennende fokussiert wird.

Letztlich erst dann, wenn das oder der Fremde nicht mehr als fremd gesehen wird, sondern auch als Teil einer übergeordneten Kultur, wird dieser Teil dieselben Rechte bekommen wie die eigene Kultur, und denselben Schutz genießen. Spätestens seit der massiv angestiegenen Migration von Menschen mit nicht europäischer Sozialisation nach Europa wird „das Fremde“ zunehmend in den Flüchtlingen gesehen, die in großer Zahl hierherkommen und dadurch ins abendländische Bewusstsein drängen. In zahlreichen Arbeitskreisen, Projekten und Initiativen wird deshalb versucht, die Menschen in Deutschland mit der Kultur der Flüchtlinge aus Syrien und Afghanistan und Irak und Afrika südlich der Sahara vertraut zu machen. Und gleichzeitig werden diesen Menschen, die meist nicht freiwillig ihre Heimat verlassen haben, die „westliche“ Kultur und deren Werte nähergebracht. Dieser Prozess, das „Fremde“ zuzulassen, kennenzulernen, miteinzubeziehen und wertzuschätzen, ist noch nie wichtiger gewesen als heute.

Denn so wie sich der Westen mit diesen (fraglich) fremden Kulturen vertraut machen muss, müssen die Menschen, welche in Deutschland Zuflucht und eine Zukunft suchen, sich selbstverständlich mit der Kultur und den Wertvorstellungen des gegenwärtigen Aufnahmelandes auseinandersetzen. Dies muss ein gegenseitiger Prozess

sein. Je mehr man vom Gegenüber weiß, umso seltener werden Missverständnisse auftreten, und umso eher gelingt es, die Welt durch die Brille des anderen zu sehen.

Die Analyse kultureller Merkmale beinhaltet das Hinterfragen des vorherrschenden Denkens und Handelns, Wahrnehmens und Fühlens der Vertreter der jeweiligen Kultur. Dass es sich dabei nur um allgemeine Tendenzen handeln kann, lässt sich schon am Beispiel des „typischen“ Deutschen veranschaulichen. Ein/e Deutsche/r würde verneinen, dass es so etwas wie eine/n typische/n Deutsche/n oder eine typisch deutsche Mentalität gibt. Aber auch wenn es große Unterschiede im Denken und Verhalten von Deutschen gibt, würde von außen (etisch) betrachtet von typisch deutschen Eigenschaften gesprochen werden. Teilweise können diese Eigenschaften im Sinne eines mehr oder weniger starken Ausprägungsgrades zwischen zwei Extremen definiert werden, teilweise handelt es sich um unipolare spezifische Denk- (und damit Handlungsstrukturen), meist sind sie geprägt von der Rollenerwartung, welche die entsprechende Gesellschaft an ihre Mitglieder hat und welche diese dann erfüllen. Beispiele sind Individualismus (individuelle Anreize) – Kollektivismus (Gruppenanreize), „Feminität“ (Konfliktlösung durch Gleichheitsprinzip, Orientierung zu Gesamtheitlichkeit und Lebensqualität) – „Maskulinität“ (Konfliktlösung durch fairen Kampf, Wettbewerbsorientierung) (Geert Hofstede); hierarchisch – egalitär; monochrome (zeitfixiert, „eins nach dem andern“) – polychrone (viele gleichzeitig) Aspekte (Edward T. Hall) etc.

Die Verortung einer Gesellschaft bezüglich oben genannter möglicher Parameter haben Einfluss und Auswirkungen auf die nun folgenden Grundausrichtungen einer Gesellschaft. Gleichzeitig sind die nun genannten Grundeinstellungen, Positionen wiederum Ausgangspunkte für die oben genannten Parameter.

- Einstellung zur Umwelt
- (Nicht-)Trennung von Privatsphäre und öffentlichem Raum
- (In)direkte Kommunikation
- (Nicht-)Äußerung eigener Emotionen
- Körperlichkeit, Blick- und Körperkontakt
- Sprache
- High context – low context
- Raumverständnis
- Kausalattributionen
- Handlungsfreiräume

Einige Grundeinstellungen seien exemplarisch herausgegriffen:

„High context“- und „low context“-Kulturen

Kulturen mit starkem Kontextbezug

In „high context“-Kulturen ist es weniger üblich, die Dinge direkt beim Namen zu nennen. Ihre Bekanntheit wird implizit vorausgesetzt, und das Erwähnen zahlreicher Details kann als negativ empfunden werden. Der Gesichtsausdruck der Gesprächspartner, Anspielungen, die Umstände der Begegnung und viele weitere Kontextfaktoren sind eigene, nicht zu unterschätzende Informationsträger.

Most of the information is either in the physical context or initialized in the person, while very little is in the coded, explicit, transmitted part of the message. (HALL 1976: 79)

Kulturen mit starkem Kontextbezug finden sich in Ländern Südeuropas, vielen asiatischen, arabischen und afrikanischen Ländern sowie in Lateinamerika. Auch Afghanistan kann dazugezählt werden. Meist sind dies Kulturen mit einem starken Gruppen-Bezug (im Gegensatz zu der hohen Bewertung des Individuums, wie dies in „low context“-Kulturen typisch ist), nicht selten finden sich hier Kulturen mit eher gering ausgeprägter ethnischer Diversität (Beispiel China, arabischer Kultur-„Kreis“). Folgendes lässt sich (generalisierend) über Kulturen mit starkem Kontextbezug („high context“-Kulturen) aussagen:

- Es wird erwartet, dass ein Großteil der Informationen bereits bekannt oder ohne sprachlichen Ausdruck erkennbar ist
- Sprache ist ein Kommunikationsmittel neben vielen (Mimik, Gestik der Gesprächs-

- partner, Anspielungen, die Umstände der Begegnung, und andere Kontextfaktoren)
- Es ist weniger üblich, die Dinge direkt beim Namen zu nennen. Ihre Bekanntheit wird implizit vorausgesetzt
- Kommunikation ist indirekter, das Erwähnen zahlreicher Details kann als negativ empfunden werden
- Sind stärker Gemeinschafts-orientiert: Individuum definiert sich über die Gruppe
- Sind stärker traditions- und geschichtsbeusst

Kulturen mit schwachem Kontextbezug

In „low context“-Kulturen erwartet man nicht, dass der Großteil der Informationen bereits bekannt oder ohne sprachlichen Ausdruck erkennbar ist. Hier wird alles beim Namen genannt, man wirkt direkter und fühlt sich verpflichtet, dem Gegenüber möglichst präzise Angaben zu machen. So genannte „low context“-Kulturen sind etwa die USA, Kanada, skandinavische Länder, die Beneluxländer und Großbritannien. Diese Kulturen kommunizieren soziale Erwartungen überwiegend durch Sprache und weniger durch den Kontext oder nonverbale Interaktionen. „Low context“-Kommunikation bedeutet, dass „the mass of information is vested in the explicit code“ (HALL 1976: 70). Amerikaner und Deutsche werden diesbezüglich als Angehörige typischer „low context“-Kulturen betrachtet, welche in erster Linie das Individuum (und dessen Verhalten in der Gesellschaft) bewerten. „Low context“-Kulturen zeichnen sich durch folgende Eigenschaften aus:

- Es wird *nicht* erwartet, dass ein Großteil der Informationen bereits bekannt oder ohne sprachlichen Ausdruck erkennbar ist
- Sprache ist das wichtigste Kommunikationsmittel, soziale Erwartungen werden verbal ausgedrückt
- Alles (Zustände, Ereignisse, Gefühle etc.) wird beim Namen genannt und erläutert
- Wenig implizite Bedeutung (implicit meaning), dafür mehr explizite Codierung
- Kommunikation ist direkter
- Sind stärker Individuums-orientiert: Individuum definiert sich über sich selbst
- Sind wenig traditions- und geschichtsbeusst.

Migration aus „high context“-Umgebungen in „low context“-Umgebungen und umgekehrt

Bei der Migration von einer „high context“-Kultur in eine Kontext-arme Kultur (also der Vorgang, welcher momentan in Europa zu beobachten ist) kommt es zu typischen Erwartungshaltungen und Irritationen seitens der Angehörigen der „high context“-Kultur. Die Betroffenen:

- erwarten eher zahlreiche Sozialkontakte, aber weniger intime, intensive Beziehungen
- fragen eher zuerst Dritte um Hilfe, bevor sie sich selbst an die Lösung eines Problems machen
- sind schneller enttäuscht, wenn ihre neue soziale Umgebung nicht am Aufbau von Beziehungen interessiert ist, oder sie nicht längerfristig unterstützen möchte
- erwarten eher, von Dritten „an die Hand genommen zu werden“
- sehen Beziehungen zu Dritten eher unter dem Aspekt der gegenseitigen direkten Hilfe und nicht unter dem Aspekt der *Hilfe zur Selbsthilfe*
- hinterlassen bei Angehörigen der „low context“-Kultur das Gefühl des „Ausgenutzt-werdens“.

Im Gegensatz dazu neigen Angehörige einer „low context“-Kultur dazu, in einer ihnen fremden Umgebung:

- zu versuchen, rasch auf eigenen Beinen zu stehen, sich selbst zu organisieren
- sich eher über mangelnde Informationen und Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe zu beklagen
- weniger nach Dienstleistungen zu fragen, sondern zu versuchen, diese ggf. selbst zu organisieren
- sich weniger um den Aufbau von neuen sozialen Netzen zu bemühen.

Raumverständnis

Das Raumverständnis nach Hall beschreibt den „Wohlfühl-Abstand“ interagierender Personen. Wo eine Berührung normal erscheint, kann sie in anderen Kreisen als aufdringlich empfunden werden. Andersherum kann in manchen Kulturen ein zu großer Abstand als beleidigend und misstrau-

end gewertet werden. Diese Verhaltensmuster gilt es zu kennen und dann baut sich auch ein gewisses Verständnis auf, warum die Japaner den Körperkontakt meiden.

Mögliche Einflussfaktoren:

- Geschlecht
- Alter
- Rahmenbedingungen: bekannt, unbekannt, vertraut, intim, öffentlich, nicht öffentlich
- Frequenz
- Art der Berührung: freundschaftlich, versehentlich, sexuell, verwandtschaftlich, hierarchisch
- Tabu-Zonen

Frequency of touch also varies significantly between different cultures. Harper refers to several studies, one of which examined touching in coffee houses. During a one-hour sitting 180 touchings were observed for Puerto Ricans, 110 for French, none for English and 2 for Americans. (HARPER 2006: 297)

Kausalattributionen – die Frage nach dem Warum

Unter Kausalattribution versteht man die sogenannte Ursachenzuschreibung nicht nur des eigenen oder fremden Handelns und Verhaltens, sondern auch die Begründung für Ereignisse, welche momentan geschehen oder geschehen sind. Im engeren Sinne unterscheidet man die *internale Kausalattribution*, bei welcher eine Person die Ursache eines Ereignisses bei sich selbst sieht. Eine *externale Kausalattribution* liegt vor, wenn die Ursache eines Ereignisses bei anderen Personen, Umwelteinflüssen oder Faktoren gesehen wird.

Die Art und Weise wie Ereignisse und Zustände begründet werden, hat einen nachhaltigen Einfluss auf die Lebensgestaltung, das individuelle Moral- und Wertesystem und spezifisch die Interaktion des Betroffenen mit seiner sozialen Umwelt:

- Zufall: Für Ereignisse oder das Zusammentreffen mehrerer Ereignisse gibt es keine kausale Erklärung.
- Karma: (sanskrit „Wirken, Tat“): Jede physische oder psychische Handlung hat eine Ursache und eine Folge.

- Schicksal, Los, Kismet: ist der Ablauf von Ereignissen im Leben des Menschen, die als von göttlichen Mächten vorherbestimmt (geschickt) oder von Zufällen bewirkt empfunden werden, mithin also der Entscheidungsfreiheit des Menschen entzogen sind.

Einstellung zu einer Höheren Macht (Gott, Götter):

- Hat sich nach dem Schöpfungsakt zurückgezogen und überlässt den Menschen seinem Schicksal
- Greift noch bestimmend ein (Gottes Wille)
- Greift noch unterstützend ein (Gebet)

Einstellungen gegenüber dem Schicksal:

- Vorherbestimmtheit:
 - Fatalismus
 - Prädeterminismus (der Mensch kann sein Schicksal mit-gestalten) Glauben an seine Überwindbarkeit (nimmer sich beugen/kräftig sich zeigen/rufet die Arme/der Gottheit herbei – Goethe)
- Trotzdem Willensfreiheit des Individuums (Voluntarismus)
- Selbst-Bestimmtheit (mit unterschiedlichen Freiheitsgraden)

Bei der Arbeit und Begegnungen mit Migranten stellen sich somit verschiedene Fragen:

- Wie interpretiert der „Andere“ seine momentane Situation, Lebensereignisse und Zustände: Positive „Live events“ wie „Glück“, „Reichtum“, körperliche und psychische „Gesundheit“, und negative wie Krankheit, Krieg, Verfolgung, Ablehnung, Flucht?
- Werden diese interpretiert als: Zufall oder Strafe oder Prüfung oder Karma etc.?
- Welche ethisch/moralischen Werte hat der Flüchtling? Hat er diese diskursiv reflektiert oder sind diese ein Bauch/Leber/Kopf-Gefühl?
- Daraus abgeleitet: Wie ist seine Einstellung zu Hierarchien, sein Verhältnis zu Autoritäten und „Untergeordneten“? Wie ist seine Erwartungshaltung gegenüber einem Sozialarbeiter, wie gegenüber einem Arzt, welches Rollenverständnis hat er bezüglich der Beziehung Arzt – Patient?

Handlungsfreiräume

- Eng mit den Kausalattributionen verknüpft (also: was bedingt Ereignisse im Allgemeinen und Ereignisse, welche ein Individuum oder eine Gruppe betreffen) ist das Konzept der Handlungsfreiräume und der hiermit verbundenen Kontrollattributionen (also: inwieweit bin ich Herr oder Frau in meinem eigenen Haus/bin ich selbstbestimmt). Kultur ist sicher eine der umfassendsten „Situationen“, die auf unser tägliches Leben einwirkt bzw. mit diesem in Wechselwirkung steht. Und somit muss es nicht verwundern, dass nach einem Prozess der Akkulturation sich Kontrollattributionen und Kausalattributionen beispielsweise bezüglich eigener Situation und bezüglich Krankheit ändern. Welche Handlungsfreiräume hat der Geflüchtete wie der Kranke? Diese entsprechen unterschiedlichen Vorstellungen der individuellen Beziehung/Interaktion zu Gott/einer höheren Macht oder mit den Umgebungsbedingungen oder zu/mit niemand/nichts:
 - Das *Konzept der Selbstbestimmtheit* betont die Eigenverantwortung und aktive Rolle des Individuums bei der Lösung eines Problems oder Meisterung einer Krisensituation. (Die Kraft für das (richtige) Handeln ist ggf. gottgegeben.)
 - Das *Konzept der Delegation* überträgt die Verantwortung und Lösung des Problems auf Gott, das Individuum nimmt eine eher abwartende, passive Haltung ein.
 - Im Rahmen des *Konzeptes der Kollaboration* werden beide Teilnehmer als aktive Partner betrachtet.

Eine umfangreiche Untersuchung an 14- bis 16-jährigen Deutschen und in Deutschland aufgewachsenen Mädchen türkischer Herkunft konnte zeigen, dass türkische Mädchen im Bereich der allgemeinen Kontrollüberzeugungen signifikant externaler als die Deutschen attribuierten, nicht jedoch bezüglich Gesundheit und Krankheit.

Hier fanden sich Unterschiede insbesondere im Bereich übernatürlicher Kräfte als Krankheitsursache (Türkinnen mehr als Deutsche) sowie im Bereich Umwelt, Klima, Luft (Deutsche

mehr als Türcinnen) (SCHREIBER 2001). Auch im Bereich „psychischer Verursachung“ zeigen sich bei beiden Gruppen nur geringe Unterschiede, die in der Literatur immer wieder beschriebene exogene Monokausalität von Erkrankungen als Krankheits-konzept von Menschen aus dem Mittelmeerraum konnte bei dieser Klientel nicht bestätigt werden. Auch zeigte sich, dass alle übernatürlichen Krankheitsursachen von mehr als 50 % der türkischen Mädchen verneint wurden, mit Ausnahme der Ursache „Gottes Wille“.

Inwieweit die unterschiedlichen Krankheitskonzepte tatsächlich Einfluss auf das Krankheits- und Vorsorgeverhalten haben, muss offenbleiben, ob also ein blaues Nazar-Auge gegen den bösen Blick nur zusätzlich zu ansonsten ähnlichen Gesundheitsmaßnahmen getragen wird, oder ob, im Extremfall, eine notwendige Therapie vernachlässigt wird, weil die Erkrankung vielleicht als eine Strafe oder Prüfung angenommen wird.

Attributionsfehler

Eine wie auch immer geartete Akkulturation hinterlässt also ihre Spuren, der oder die Betroffene ändert sich und passt sich häufig, aber nicht immer, der Gastkultur an. Die Geschwindigkeit und Nachhaltigkeit der Anpassung ist abhängig von (u. a.):

- Bildung,
- ländlicher oder urbaner Herkunft,
- Größe der Migrantenpopulation am Zielort der Migration,
- Vorerfahrungen mit fremden Kulturen sowie
- Anlass der Migration.

Akkulturation ist ein sukzessiver Prozess, und kann nicht a priori – sozusagen über Nacht vollendet – bei Geflüchteten vorausgesetzt werden. Ein Umstand, der unsererseits – die wir mit diesen uns teilweise fremden Vorstellungen zu tun haben – häufig zu einem fundamentalen Attributionsfehler führt, also der Tendenz, das Verhalten anderer Menschen ausschließlich anhand von Persönlichkeitsmerkmalen zu erklären und dabei die Bedeutung des soziokulturellen Einflusses zu unterschätzen. Wir, aufgewachsen in säkularisierten westlichen Kulturen, postulieren die Autonomie des Individuums, welches unabhängig und

selbstständig entscheidet, und dessen Verhalten eine Widerspiegelung interner Persönlichkeits-eigenschaften (traits) ist.

In östlichen, aber auch schon durch den Islam geprägten Gesellschaften ist es eher die Gruppe, welche als kleinste (soziale) Einheit Autonomie zeigt. Das Individuum schöpft seine Selbst-Bedeutung aus der sozialen Gruppe, zu der es gehört. Menschen individualistischer Kulturen bevorzugen Attributionen *dispositionaler Art*, dies bedeutet, das Individuum mit seiner Persönlichkeit aber auch seinen Fähigkeiten ist verantwortlich für sein Wahrnehmen und sein Sein, während kollektivistische, östliche Kulturen eher *situative*, externale Attributionen als Erklärung für individuelle und kollektive Krisen und bedrohliche Zustände heranziehen.

Es scheint eine klare interkulturell vorhandene Tendenz zu geben, über den jeweils anderen dispositional zu denken, es besteht also eine sogenannte *Korrespondenzverzerrung* – die Situation des anderen wird seiner Persönlichkeit zugeschrieben. Kulturell bedingte Unterschiede ergeben sich, wenn *situative Faktoren* bei Verhaltensklärungen salient/offensichtlich sind, diese von Menschen in kollektivistischen Kulturen wahrgenommen und in den Denkprozess mit einbezogen werden und bei Attributionsprozessen Verwendung finden. Der Geflüchtete wird also beispielsweise eine Situation in einer Landeserstaufnahmeeinrichtung (LEA) oder in einem Flüchtlingslager im Herkunftsland oder einem Transitland dahingehend interpretieren, dass er die Bedingung als primär situativ wahrnimmt, und seine Reaktionen darauf ebenfalls als situativ. Diese Überlegung geschieht vor dem Hintergrund seiner eigenen Grundüberzeugungen / Kausalattributionen – „das ist Allahs Wille, dass ich hierher gelangt bin, das kann als Glück oder Pech interpretiert werden, aber es liegt nicht an mir, dies zu interpretieren, sondern ich muss diese Situation annehmen.“

Menschen individualistischer Kulturen werden eher dazu tendieren, situative Faktoren zu ignorieren oder als potentielle Ursachen für Verhalten zu unterschätzen, auch wenn exogene Faktoren offensichtlich sind. Mit der Konsequenz, dass beispielsweise durch aggressives Verhalten auffällige Geflüchtete ohne große Kommunikation oder Verständnis für ihre Situation in Polizeigewahrsam

genommen werden und von dort dann auf eine geschlossene Station eines psychiatrischen Krankenhauses transferiert werden. Einweisungsgründe: dissoziale Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, allgemeine Aggression.

Gerechte-Welt-Glauben

Untersuchungen belegen, dass der Glaube an eine persönliche gerechte Welt als eine Ressource betrachtet werden kann, die das Wohlbefinden von Menschen unterschiedlichen Alters in unterschiedlichen Situationen sowie von Opfern und Nichtopfern gleichermaßen erklären könnte. Die Fähigkeit, Ereignisse und Situationen in dieser Weise zu verarbeiten, kann unter dem Begriff Resilienz subsumiert werden. Der Glaube an eine gerechtere Welt und ein religiöser Glaube dienen dem gleichen Bedürfnis, nämlich dem Wunsch, dem eigenen Leben einen Sinn zu geben oder/bzw. und auch einen Sinn in der Schöpfung zu erkennen. Genau dieser Sinn war für Viktor Frankl die treibende Kraft, welche ihn das Martyrium mehrerer Konzentrationslager und den Verlust seiner Nächsten ertragen lassen ließ. Ein zentrales Streben in Lebenskrisen ist daher die Suche nach Sinn im eigenen Schicksal (DAVIS *et al.* 1998). Religiosität – dezidiert positive Religiosität – unterschiedlicher religiöser Orientierung (FURNHAM 1993, DALBERT 1996) und Gerechte-Welt-Glaube korrelieren demnach positiv miteinander.

Ohne aber dass das eine das andere unbedingt voraussetzen würde – eine gerechte Welt ist nicht notwendigerweise deshalb gerecht, weil ein gerechter Gott mittels Fegefeuer oder Karma Gerechtigkeit herstellt. Gerechtigkeit entsteht auch, wenn der Einzelne sein Schicksal selbst in die Hand nimmt und seines Glückes Schmied wird. Wenn der Glaube an diese Gerechtigkeit auf Erden erfahrungsbasiert oder indoktriniert verloren geht, dann wendet sich der eine oder andere von der Welt ab und einer imaginierten und postulierten Gerechtigkeit im Jenseits zu, und wird zum Selbstmordattentäter. Der Einzelne sucht seine Werte zu leben und zu verfolgen. Werte sind wie Leuchttürme, die helfen, den Kurs zu halten, und die oft in einer dialektischen Beziehung zueinander stehen – ein gläubiger Moslem zu sein und gleichzeitig sich in einer fremden Umgebung einleben zu müssen – einschließlich der Sozialisation

der Kinder in dieser teilweise unverständlichen und aversiven soziokulturellen Umgebung. Sollten die bisherigen Lebenserfahrungen, insbesondere seit der (forcierten) Migration traumatisch gewesen sein, kann es zur sogenannten „*experiental avoidance*“, also zur Vermeidung aufgrund Empirie, aufgrund Erfahrung kommen – Gedanken, körperliche Wahrnehmungen, Gefühle werden vermieden (HAYES 1996). Manche Betroffene sagen dann, wenn sie nach ihrer Definition von Glück gefragt werden, dass Glück für sie bedeutet, keinen Schmerz oder Enttäuschung zu verspüren.

Transkulturelle Psychiatrie

Die transkulturelle Psychiatrie beschäftigt sich seit Kraepelins Untersuchung auf Java 1904 systematisch mit den kulturspezifischen Aspekten psychischer Krankheiten (KRAEPELIN 1904, BERRY 1989). Heutzutage wird die wissenschaftliche Debatte zwischen den Vertretern des „*etischen*“ und des „*emischen*“ Ansatzes nicht mehr entsprechend heftig geführt. Man ist sich zunehmend darüber einig, dass beide Ansätze sich gegenseitig ergänzen und beide Ansätze für ein umfassendes Verständnis von kulturellen (in diesem Kontext psychischen) Phänomenen und Symptomen notwendig sind. Typische Beispiele hierfür sind die für westlich ausgebildete und sozialisierte Psychiater Schizophrenie-typischen Phänomene von Halluzinationen und Wahn, welche in bestimmten Kulturen im Allgemeinen nicht als krankhaft gelten, beziehungsweise nur dann, wenn sie eine über die dortige Norm hinausgehende Häufigkeit und Intensität und/oder einen von der Norm massiv abweichenden Inhalt aufweisen. Psychotische Symptome führen in anderen Kulturen weniger häufig zu der Diagnose einer Verhaltensauffälligkeit bis hin zu einer Schizophrenie. Oft sind es Reaktionen auf Stress, vergleichbar mit Neurosen oder Depressionen in der europäischen Kultur. In Westafrika werden psychotische Symptome systematisch durch Stress verursacht angesehen (COPELAND 1968).

Wahngedanken unterliegen einer starken kulturellen Prägung, bei der Beurteilung sollte große Zurückhaltung an den Tag gelegt werden. Trotz kultureller Einflüsse gibt es gemeinsame Charakteristika in der Darstellung der Schizophrenie, beispielsweise die Erstrangs-Symptome von Kurt

Schneider. Richtungsweisend sind häufig nicht die Positiv- sondern die Negativ-Symptome und das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau der Betroffenen (HAASEN *et al.* 2005).

Arzt und Patient

Der muttersprachlich deutschsprachige Therapeut wird in der Regel zunächst in seiner Funktion als Repräsentant der hiesigen (westlich „liberalen“) Gesellschaft wahrgenommen, ein nicht muttersprachlicher deutschsprachiger Therapeut als einer, dem die Integration erfolgreich gelungen ist.

Es liegt auf der Hand, dass die Beurteilung des klinischen Bildes nicht nur abhängig ist von der objektiv präsentierten Psychopathologie, sondern auch von der subjektiven Wahrnehmung des beurteilenden Arztes. Diese Wahrnehmung des Beurteilers wird geprägt durch seinen eigenen sozialen kulturellen Hintergrund, somit seinen eigenen Wertvorstellungen, er ist also abhängig von den soziobiografischen Faktoren des Arztes oder Psychologen. Dies erscheint auf den ersten Blick trivial, da es im Umgang mit Patienten, welche eine ähnliche Sozialisation erlebt haben, meist unerheblich ist. Aber es kann in der Interaktion mit dem „Fremden“ dann ein Problem werden, wenn es nicht gelingt, sich den eigenen Standpunkt als einen von verschiedenen möglichen zu vergegenwärtigen.

Das Thema von Normalität und Pathologie – und wo wird die Grenze zum Pathologischen gezogen –, hat hier eine zentrale Bedeutung. So können auf phänomenologischer Ebene kulturelle Aspekte die Präsentation eines Symptoms beeinflussen. Beispiel hierfür wäre der Inhalt von Wahnvorstellungen: Bei einem Größenwahn ist es unwahrscheinlich, dass sich der Patient als Buddha wahrnimmt, wenn er im Westen sozialisiert worden ist, oder als der Präsident eines fremden Landes. Die Wahnfigur hängt von der kulturellen Bewertung dieser Gestalt ab.

Bei der Beschreibung von Symptomen, welche bei Flüchtlingen beobachtet werden, sollte zwischen migrationsspezifischen Erscheinungsformen und Kultur-spezifischen unterschieden werden. Häufig sind es die Auswirkungen der Migration, entweder durch die direkten Erfahrungen im Zusammenhang mit der Migration oder

die indirekten, nachträglichen Erfahrungen im Rahmen der Akkulturation, welche entsprechende Symptome hervorrufen.

Migration, Stress und posttraumatische Belastungsstörung

Migration hat auch auf den psychisch gesunden Menschen, durch die Konfrontation mit dem Neuen und noch nicht Vertrauten, unzweifelhaft psychisch belastende, wenn auch nicht zwingend krankmachende Auswirkungen. Migration kann, insbesondere wenn lebens-bedrohliche Situationen wie Inhaftierung, Verfolgung, Abhängigkeit von Schleppern oder Offiziellen, feindselige Umgebung etc. erschwerend hinzukommen, muss aber nicht mit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung einhergehen. Nicht nur Frauen, Heranwachsende und Kinder sind wegen möglichen sexuellen Übergriffen gefährdet, auch bei Männern kommt sexuelle Gewalt als spezielle Form der Erniedrigung regelmäßig im Rahmen von Folter und Inhaftierung zur Anwendung.

Eine von Richard F. Mollica, Direktor des „Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT)“ am Massachusetts General Hospital und der Harvard Medical School 2001 veröffentlichte Studie mit 534 bosnischen Flüchtlingen in einem Camp in Kroatien zum Zeitpunkt 1996 und 1999 ergab, „dass weder PTSD noch Depression mit einem Migrationsstatus oder erhöhter Mortalität korrelierten. Vielmehr korrelierten die Zeit des Aufenthalts im Flüchtlingslager, die Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen, ein höherer Bildungsstand und eine körperliche Unversehrtheit mit dem Migrationsstatus, während männliches Geschlecht, höheres Alter und eine soziale Isolation mit einer erhöhten Mortalität einhergingen“ (MOLLICA *et al.* 2001).

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wird im DSM-5 nicht mehr als Angststörung klassifiziert, sondern gemeinsam mit der „akuten Belastungsstörung“ und den „Anpassungsstörungen“ in einem neuen Kapitel als sogenannte „Trauma- and Stressor-Related Disorders“. Das Kriterium „starke Angst oder Hilflosigkeit“ wurde beim Erleben eines Traumas aufgegeben, da es das Auftreten einer PTBS nicht voraussagt. Das Kriterium A (Stressor-Kriterium) in Bezug darauf, wie ein Betroffener das traumatisierende Er-

eignis erlebte, wurde deutlich ausgearbeitet, das Kriterium A2 (subjektive Reaktion auf das Ereignis) wurde gestrichen. Die Diagnosekriterien wurden erweitert und somit das Stellen der Diagnose erschwert: Statt bisher drei werden nun vier Symptom-Cluster beschrieben: Flashbacks (wiederholtes Erleben), Vermeidungsverhalten, negative Kognitionen und erhöhtes Erregungsniveau. Die Unterscheidung in akute und chronische Phasen einer PTBS entfiel (DSM-5 2013).

Für die ICD-11 wurde vorgeschlagen, eine komplexe PTSD (SACK 2004: 451–459), welche Störungen der Affektregulation, Sexualität, Selbstwahrnehmung, Beziehungsbildung, dissoziative Symptome, Somatisierung, sich ändernde persönliche Überzeugungen und Werte beinhaltet, in Betracht zu ziehen. Der Vorschlag einer komplexen PTSD-Kategorie, die zusätzlich zu den zentralen PTSD-Symptomen (Wiedererleben (Intrusion), Vermeidung, erhöhte Erregbarkeit) drei Gruppen von intra- und interpersönlichen Symptomen (Affektregulationsstörung, (negatives) Selbstkonzept, problematische Beziehungsgestaltung) umfasst, wird in die ICD-11 aufgenommen (KARATZIAS *et al.* 2017).

In Anlehnung an Konzepte der Stressbewältigung und der Coping-Mechanismen können nach Sluzki (SLUZKI 2001) modellhaft fünf Phasen der Auseinandersetzung mit dem Migrationsgeschehen unterschieden werden:

- Vorbereitungsphase,
- Migrationsakt,
- Phase der Überkompensation,
- Phase der Dekompensation,
- Phase der Anpassung.

Norm und Normalität

Während es auch für einen Laien offensichtlich ist, wann jemand ein gebrochenes Bein hat und somit als krank gilt und jemand anderes zwei gesunde Beine hat, war und ist dies bei psychischen Störungen schwieriger festzulegen: ab wann – Zeit- und Ausprägungsgrad – gilt zum Beispiel eine Trauer als pathologisch? Wie viel Depression ist erlaubt? Wie viel Verrücktheit darf ich mir erlauben, um noch als normal zu gelten, ab wann darf ich bei einem zwanghaften Kollegen von einer Persönlichkeitsstörung sprechen?

Der Diskurs über „normal“ und „nicht (mehr)

normal“ ist ein gesellschaftlicher wie auch ein individueller: d. h. die Gesellschaft bestimmt was als normal betrachtet wird und was nicht (mehr), und die Gesellschaft als solche beeinflusst die Wahrnehmung des Einzelnen maßgeblich mit. Deshalb glauben in Deutschland beispielsweise relativ wenige Menschen an die Wiedergeburt. Darf man also sagen, dass der Begriff „psychische Krankheit“ beziehungsweise „psychische Störung“ immer kulturrelativ und von geschichtlichen Entwicklungen abhängig ist? In dieser Absolutheit definitiv nicht. Ethnopsychiatrische Untersuchungen belegen, dass es sehr wohl kulturspezifische psychiatrische Syndrome gibt, aber auch ab einem gewissen Ausprägungsgrad abweichende/s Wahrnehmungen, Denken, Handeln und Fühlen weltweit von der lokalen Bevölkerung und indigenen Heilern als krankhaft angesehen wird/werden.

Was als krank und was als gesund gilt, lässt sich vereinfacht „naturalistisch“ oder „normativistisch“ unterscheiden: „Naturalistisch“ (vereinfacht auch als „funktionalistisch“ bezeichnet) bedeutet, dass psychische Krankheiten anhand der Natur beziehungsweise ohne (evaluative) Normen bestimmt werden können, Krankheiten also objektiv in der Natur ablesbar sind, sie sind also ohne große Hilfsmittel vom gesunden Zustand abzugrenzen (Beispiel: selbstverletzendes Verhalten). Der zweite Ansatz – „normativistisch“ – schließt biologisch oder funktionelle Defizite nicht aus, aber prinzipiell gilt ein Zustand dann als krank, wenn dieser immer wieder durch die Person selbst oder durch die Gesellschaft negativ beurteilt wird.

Einer der größten Kritiker des DSM-5 ist der ehemalige Leiter der Arbeitsgruppe für das DSM-IV, Allen Frances, welcher eine „diagnostische Inflation“, fragwürdige Diagnosen und das Verschwinden der Grenze zwischen normalen und krankhaften Verhaltensweisen kritisiert (FRANCES 2013). Das Krankheitsverständnis im DSM als auch in den ICD ist sowohl funktionalistisch als auch normativistisch. Für das Vorliegen einer psychischen Krankheit muss das individuelle Fühlen, Denken, Wahrnehmen und Handeln und das sich hieraus ergebende Verhalten von den im DSM/in den ICD definierten Normen abweichen und/oder anhand psychologischer oder biologischer Methoden als Resultat einer Funktionseinschränkung bestimmt werden.

Gemäß dem französischen Philosophen und Gesellschaftskritiker Michel Foucault (1924–1984) kann es zu einer Pathologisierung von eigentlich normalen Phänomenen kommen, wenn Verhaltensweisen zu Syndrom-Komplexen zusammengefasst werden, die isoliert betrachtet an sich nicht pathologisch sind. Jedes Verhalten, so Foucault, das beispielsweise mit Unordnung, Unbeherrschtheit und Mangel an Empathie einhergeht, kann somit in den Gegenstandsbereich der Psychiatrie überführt und ggf. therapiepflichtig werden. Der gesellschaftliche Normwert-Abweichler kann durch therapeutische Intervention normalisiert werden (FOUCAULT 2003).

Umgang mit dem Fremden im direkten Kontakt

Der Umgang mit dem Fremden beginnt mit der ersten Begegnung: Schon der Aspekt von Habitus, Hautfarbe und Kleidung führt zu einer Reaktion und fraglich negativen Interpretationen. Es setzt sich fort mit der Begrüßung, das „sich die Hände geben“. Die seitens des westlich sozialisierten Untersuchers als Unfreundlichkeit wahrgenommene Verweigerung der Hand, welche andererseits seitens muslimischer Patienten gemäß ihrem Glauben verweigert werden muss, da sie ihren Körper aus Scham oder Verlegenheit vor anderen verhüllen, um ihn vor fremden Blicken oder einem Körperkontakt zu schützen, kann zu Irritationen führen. Händeschütteln kann als Verletzung der persönlichen Integrität seitens einiger orthodoxgläubiger muslimischer Patientinnen wahrgenommen werden.

Für den westlichen Untersucher steht die sprachliche Kommunikation im Zentrum jeder diagnostisch-therapeutischen Intervention. Wichtig ist bei der sprachlichen Kommunikation das Wissen über mögliche häufige Missverständnisse. Stichwort Symptompräsentation: Menschen aus südeuropäischen, arabischen und asiatischen Ländern beschreiben ihre Beschwerden viel eher ganzheitlich und weniger auf einen Körperteil bezogen als im Westen bzw. Nordeuropa. Dies ergibt sich aus einem spezifischen Krankheitskonzept, welches postuliert, dass Krankheiten typischerweise den ganzen Körper betreffen und nicht nur lokale Beschwerden verursachen und lokal wahrgenommen werden können. Auch bezüglich der nicht seltenen Tendenz zur Somatisierung süd-

ländischer und aus dem arabischen Kulturkreis stammender Menschen, sollte der Untersucher das eigene Krankheitsverständnis und die eigene Krankheitstheorie (weshalb bin ich krank, woher kommt Krankheit?) reflektieren: Wie weit wird in unserer westlichen Kultur somatisiert, beispielsweise Stress, welcher sich in Magenschmerzen manifestiert oder Verspannungen im Bereich des Bewegungsapparates, insbesondere der Nacken- und Rückenmuskulatur?

Der Migrant als Flüchtling

Bezüglich psychischer Störung notwendige Differenzierung:

- Flüchtlinge mit eher psychischen Störungen, welche mehr oder weniger unabhängig von traumatischen Erlebnissen und unabhängig vom Flüchtlingsstatus aufgetreten sind bzw. auftreten (Beispiel: Schizophrenie, Demenz, ggf. Störungen aus dem affektiven Bereich), diese Patienten entsprechen prinzipiell den deutschen Patienten (allerdings mit ggf. abweichendem Krankheitsleben und -verhalten).
- Flüchtlinge mit psychischen Störungen infolge Flucht, Vertreibung, Erlebnissen im Herkunfts- und Aufnahmeland.
- Flüchtlinge ohne primär nennenswerte psychische Störungen, welche aber unter dem Aspekt des sekundären Krankheitsgewinns (Aussetzung der Abschiebung etc.) diese entwickeln bzw. vorgeben, diese zu haben.

Die Beschäftigung mit dem Wertesystem, den Kausalattributionen des Migranten, kann unabhängig davon geschehen, ob dieser Migrant ein Flüchtling ist oder nicht bzw. ein Trauma erlitten hat oder nicht. In der Auseinandersetzung mit Flüchtlingen stellen sich diesbezüglich spezifische Fragen:

- Erlebte der Flüchtling ein Trauma?
- Wenn ja, welche Art von Trauma: sogenannte „natural events“ (z. B. Erdbeben) oder Traumata, welche durch Menschen verursacht wurden beispielsweise Kriegshandlungen oder Folter oder Vertreibung („man made traumata“). Diese werden im Allgemeinen als schwerwiegender wahrgenommen, Umweltkatastrophen führen meist

nicht dazu, dass sich der einzelne als Individuum gezielt als Opfer fühlt, die Emotion Hass spielt kaum eine Rolle. Wie oben schon erwähnt, kann der Umstand der Flucht mit einer Traumatisierung gleichgesetzt werden, muss allerdings nicht zwangsläufig zu einer (anhaltenden) Traumatisierung führen.

- Eine weitere wichtige Frage stellt sich bezüglich des zeitlichen Kontextes einer Traumatisierung: geschah diese vor der Migration, beispielsweise wurde der Betroffene im Heimatland verfolgt, inhaftiert, gefoltert etc. oder erlitten Familienangehörige entsprechendes Leid?
- War die Flucht nach Deutschland traumatisierend oder kam es zu Erlebnissen nach Ankunft, welche traumatisierend wahrgenommen worden sind bzw. noch werden, beispielsweise unklarer Aufenthaltsstatus mit permanent drohender Abschiebung, Diskriminierung bis hin zu verbalen und tätlichen Übergriffen?
- Wie hoch ist die Wiederholungsfahr des Traumas?
- Wie erfolgt der Umgang mit der Traumatisierung: Kommt es zu einer akuten Belastungsreaktion mit Schlafstörungen, gegebenenfalls psychotischen Symptomen, vegetative Übererregbarkeit, welche innerhalb von Stunden bzw. wenigen Tagen abklingt? Oder zu einer länger andauernden Anpassungsstörung bis hin zu rezidivierenden depressiven Zuständen, welche auch Selbstmordgedanken und -impulse beinhalten können? Kommt es im Verlauf zu einer sogenannten Verbitterungsstörung, einer depressiven Grundstimmung aufgrund des Gefühls, extrem ungerecht behandelt worden zu sein von den Mitmenschen und vom Leben im Allgemeinen? Oder, insbesondere bei mehrfach Traumatisierten, ist es zum Verlust der sogenannten „basic beliefs“, zum Verlust der Grundüberzeugungen gekommen?
- Nicht übersehen werden darf auch die Möglichkeit, dass Menschen durch die Konfrontation mit sehr belastenden Umgebungsbedingungen Kraft schöpfen, es vermögen,

anderen zu helfen und ein sogenanntes „Posttraumatisches Wachstum“ zu erleben.

Aktuelle Probleme von Flüchtlingen können differenziert werden in Probleme, welche aufgrund des Aufenthaltsstatus entstehen, sowie in solche, welche den Funktionsstatus betreffen, dies meist nicht unabhängig des Aufenthaltsstatus (post migrant). Der Umstand, tatenlos den Tag verbringen zu müssen, permanent auf fremde Hilfe angewiesen zu sein und zum eigenen Lebensunterhalt gegenwärtig mehr oder weniger nichts beitragen zu können, führt zu einem (individuellen und sozialen) Funktionsverlust. Dem Flüchtling gelingt es meist nicht, sich über die neue Rolle zu definieren, da diese Rolle verständlicherweise als defizitär wahrgenommen wird. Nicht unbeachtet bleiben darf der Umstand, dass Flüchtlinge, welche in Deutschland angekommen sind, sich primär in Sicherheit fühlen dürfen. Unabhängig davon sind weiterbestehende Sorgen nicht nur um die eigene Zukunft, sondern beispielsweise auch Sorgen um den Verbleib von Angehörigen in Kriegsgebieten, sowie der sogenannte euphemistisch als „uneindeutiger Verlust“ bezeichnete Verbleib vermisster Angehöriger und Freunden starke Stressoren, welche eine Bearbeitung zurückliegender Traumata oft unmöglich machen.

Somit lassen sich folgende Traumata bezüglich des zeitlichen Kontextes unterscheiden:

1. Trauma vor der Migration (*pre migrant*): Stress/Situation/Zustand
2. Trauma im Rahmen der Migration
3. Trauma nach der Migration (*post migrant*) / Stress: Aufenthaltsstatus, Kulturschock etc.

Die aktuellen Probleme können sich grob differenzieren lassen in sich gegenseitig nicht ausschließende Aspekte:

- Kognitive (z. B. Sinnkrise, Kontrollverlust, Langeweile)
- Emotionale (z. B. Angst, Aggression)
- Verhaltensbezogen (behavioral), z. B. Trauer, Rückzug, Aggression
- Sozial: Funktionsverlust (Ernährer).

Wie zeigt sich Stress in der fremden Kultur (psychisch, sozial, körperlich ...)? Neben den typischen, ubiquitär zu findenden physiologischen Symptomen akuter und chronischer Stressbelas-

tungen gibt es soziale Emotionen, welche kulturspezifischen Charakter haben können, wie z. B. Stolz oder Schuld und Scham. Während Schuld durch Buße oder Sanktionen verarbeitet werden kann und Schuldgefühle eher durch eine Kritik von „innen“ (verinnerlichte Autorität) entstehen, findet sich Scham in Folge eher als eine Reaktion auf Kritik von „außen“ und geht einher mit verletzter Ehre und Gesichtsverlust (für das Individuum, aber insbesondere für die soziale Gruppe). In den (eher östlichen) „Schamkulturen“ ist die höchste Instanz eben nicht das „gute Gewissen“, wie dies in den (eher westlichen, insbesondere vom Protestantismus geprägten) „Schuldkulturen“ der Fall ist, sondern der gute Ruf in der Gruppe beziehungsweise die Ehre (GÜC 2003).

Im Rahmen der Migration muss sich das Individuum neu verorten, das Streben nach Autonomie ruft Scham- und Schuld-Affekte gegenüber der Herkunftsgesellschaft oder der ethnischen Gruppe hervor. Scham und Schuld sind häufig zunächst nicht bewusst erlebbare Gefühle. Sie können zu selbstbestrafenden Gedanken und Handlungen führen und sich zur Vermeidung der Bewusstwerdung auf einem regressiven Niveau wiederfinden. Kultur hat, wie beschrieben, einen nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung unseres sozialen Ichs, unser Wir und darüber hinaus auf unser gesellschaftliches Handeln, unsere Lebenseinstellungen, unsere Wertevorstellung, unser Gesundheitsverhalten und unsere subjektiven Krankheitskonzepte. Die Differenzierung zwischen Scham und Schuld ist insbesondere in psychotherapeutischen Settings notwendig. So ist Scham wesentlich existenzieller als Schuld. Wer sich schämt, fragt: „warum konnte ich das nur tun?“ Die Betonung liegt auf der handelnden Person. Bei Schuldgefühlen lautet die Frage eher: „warum konnte ich das nur tun?“ Die Betonung liegt auf der Handlung. Entsprechend schwerer wiegen die Konsequenzen bei Regelverletzungen. Schuld bittet die Möglichkeit zur Sühne, Scham nicht. Hier lässt sich höchstens die verletzte Ehre wiederherstellen, mitunter durch Maßnahmen wie Ehrenmord.

Die Integrationsfähigkeit des Einzelnen ist im Rahmen der Akkulturation massiv gefordert, aus psychoanalytischer Perspektive kann sich ein Ich-Identitätsverlust einstellen. In diesem Zusammenhang können Ängste in Form von Visionen

aufzutreten, oder der Betroffene gewinnt den Eindruck, verhext worden zu sein.

Ein wiederholtes Scheitern in der Anpassung kann zu einer erheblichen narzisstischen Kränkung führen und mit intensiven Gefühlen der Scham und der Angst verbunden sein. In der Abwehr dieser Gefühle kann es auch zu einer Abwertung der fremden Mehrheitsgesellschaft und deren Normen kommen, was sich in einer trotzig anmutenden Verschlossenheit zeigen kann. (WOHLFART *et al.* 2005)

Diese kann sich auch lediglich in Form einer aus der Perspektive Dritter unverständlichen verdeckten oder offenen Aggressivität manifestieren. Die Entwicklung der Persönlichkeit in nicht-westlichen Kulturen scheint vorrangig am Ideal der Gruppe orientiert (PARIN 1992), was auch für ein gruppentherapeutisches Setting in der Arbeit mit Flüchtlingen spricht.

Coping

Unter Coping-Strategien versteht man Einstellungs- und Handlungsmuster zur Bewältigung von (psychisch) belastenden Faktoren, Stressoren und Anforderungen, wobei prinzipiell ein problemorientiertes Vorgehen (wie Informationssuche, zielgerichtetes Handeln, Anpassung, Vermeidung) von einem emotionsorientierten Vorgehen (positive Umdeutung, Gefühlskontrolle, Aggressionen, Suchtmittelleinnahme etc.) unterschieden werden kann. Welche Strategien stehen dem Flüchtling zur Verfügung, mit seinen aktuellen Lebensbedingungen bzw. stattgehabten Traumata umzugehen: auf welche Copingstrategien/Copingmuster greift er bewusst oder unbewusst zurück?

Der Umgang mit einer Krankheit hängt davon ab, wie man diese Krankheit erklärt: Somit ist für das Verständnis des Verhaltens von Flüchtlingen wichtig, sich über deren Erklärungsmodell beispielsweise für psychische Störungen zu informieren. Fest steht, dass der Betroffene nur dann aktiv gegen eine Störung an-arbeiten bzw. lernen wird mit ihr umzugehen, wenn dies überhaupt Aussicht auf Erfolg hat. Für das Gros der gegenwärtig aus dem arabisch/kurdischen Raum nach Deutschland kommenden Flüchtlinge sprechen im Kontext des Umgangs mit psychischen Störungen zwei Gründe gegen Eigenaktivität (LAABDAL-

LAOUI & RÜSCHOFF 2010): Die Vorstellung, dass es prinzipiell die Aufgabe des Arztes ist, den Patienten gesund zu machen; die Vorstellung, dass psychische Störungen weder vom Patienten noch vom Arzt beeinflussbar sind, sondern durch Gott auferlegt werden und somit nur von diesem oder einem von ihm beauftragten Geistlichen geheilt werden können.

Fazit: Von der Nothilfe über Entwicklungshilfe zur Selbsthilfe

Die sogenannte „Entwicklungshilfe“ hat sich in den letzten fünfzig Jahren weiterentwickelt und differenziert. So ist zu unterscheiden zwischen einer notwendigen akuten Nothilfe, welche das Überleben in Krisensituationen sichert, beispielsweise bei Umweltkatastrophen, welche die betroffene Bevölkerung überfordert und in deren Verlauf sie auf die Hilfe von außen angewiesen ist. Diese akute Phase der Nothilfe sollte so früh wie möglich in die Phase der „Hilfe zur Selbsthilfe“ übergehen. Die Situation mit den permanent nach Deutschland strömenden Migranten stellt sich etwas anders dar: Zum einen ist die Umgebung für die Migranten fremd, meist sind sie zumindest anfänglich auf die vollständige Hilfe Dritter, hier des Aufnahmelandes und der entsprechenden Bevölkerung, angewiesen. Dies soll allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Hilfeempfänger bis zu ihrer Flucht und auch noch während ihrer Migration meist kompetent selbst-bestimmt gehandelt haben, wenngleich sie aufgrund der Umgebungsbedingungen zu einem bestimmten Handeln gezwungen waren. Selbst-Bestimmtheit ist eine wichtige Quelle für Selbst-Identität und somit sollte allen Helfenden daran gelegen sein, den Betroffenen möglichst rasch dazu zu verhelfen, ihre Selbstidentität wieder zu stabilisieren. Es sollte von Fall zu Fall unterschieden werden, ob ein Migrant bezüglich seiner kognitiven Grundeinstellung willens und in Betracht seiner körperlichen und psychischen Verfassung in der Lage ist zur „Hilfe zur Selbsthilfe“. Erfahrungen aus ähnlichen Flüchtlings-Settings weltweit zeigen, dass die zunehmend eigenverantwortliche Übernahme von Aufgaben als ein wichtiger Schritt in die Eigenverantwortung mit dem Ziel von mehr Autonomie, Selbst-Bewusstsein und Selbst-Wert gesehen und befürwortet wird.

Literatur

- ASSION H.-J. (Hg) 2005. *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- BAUMAN Z. 2000. Vereint in Verschiedenheit. In BERGHOLD J., MENASSE E. & OTTOMEYER K. (Hg). *Trennlinien*. Klagenfurt: Drava: 35–46.
- BENDICK C. 1989. *Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904*. Ein Beitrag zur Geschichte der Ethnopsychiatrie. Feuchtwangen: Kohlhauser.
- BERRY J. W. 1990. **Psychology of acculturation. Understanding individuals moving across cultures.** In BRISIN J. W. (ed). *Applied cross-cultural psychology*. London: Sage.
- COPELAND J. R. M. 1968. Aspects of mental illness in West African students. *Soc Psychiatry* 3: 7–13.
- DSM-V. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing (5th edition). www.dsm5.org.
- FOUCAULT M. 2003. *Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1973–1974)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- FRANCES A. 2013 (2. Aufl.). *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: Dumont.
- GÜC F. 2003. *The importance of shame in the treatment of migrants from Turkey*. In READER 15. *Int. Kongress für analytische Psychologie*. Diamond. Frankfurt am Main: 595–600.
- HAASEN C., KLEINEMEIER E. & YAGDIRAN O. 2005. *Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen*. In ASSION H.-J. (Hg), a. a. O.: 145–155.
- HALL E. T. 1976. *Beyond Culture*. New York: Garden City.
- HARPER J. 2006. “Men hold key to their wives’ calm.” *The Washington Times*: A10.
- HOFSTEDE G. 2011. *Lokales Denken, globales Handeln*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag (5. Auflage).
- KARATZIAS T., CLOITRE M., MAERCKER A. et al. 2017. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *Eur J Psychotraumat* 8, Suppl. 7.
- KRAEPELIN E. 1904. Psychiatrisches aus Java. *Centralblatt fuer Nervenheilkunde und Psychiatrie*, Jg. 27, Neue Folge Bd. 15: 468–469; Reprint *Curare* 3(1980)4: 249–250.
- LASABDALLAOUI S. & RÜSCHOFF I. 2010. *Umgang mit muslimischen Patienten*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- MOLLICA R. F., SARAJLIK N. & CHERNOFF M. 2001. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and migration among Bosnian refugees. *JAMA* 286: 546–554.
- OERTER R. 1995. Kultur, Ökologie und Entwicklung. In OERTER R. & MONTADA L. (Hg). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 84–127.
- PARIN P. 1992. *Der Widerspruch im Subjekt: Ethnopsychanalytische Studien*. Hamburg: EVA [Orig. 1978, Frankfurt].
- SACK M. 2004. Diagnostic and clinical aspects of complex post-traumatic stress disorder. *Nervenarzt* 75 (5): 451–459.
- SLUZKI C. E. 2001. Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In HEGEMANN T. & SALMAN R. (Hg). *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag: 101–115.
- WOHLFART E., ÖZBEK T. & HEINZ A. 2005. Von kultureller Antizipation zu transkulturellem Verstehen. In ASSION H.-J. (Hg), a. a. O.: 157–166.

Migranten aus der Türkei in Deutschland im Spiegel von Kunst und Kultur

ECKHARDT KOCH

Vorbemerkung

Ekkehard Schröder hat schon 1962 im Gymnasium in Geislingen/Steige in der Schülerzeitung einen Artikel über Gastarbeiter in Deutschland verfasst. 1986 war er dann Mitveranstalter der stark beachteten 8. Fachkonferenz der AGEM zum Thema „Kranksein und Migration in Europa“ in Heidelberg. So wundert es nicht, dass er seit der Gründung der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP e. V.) 1994 Interesse an deren Arbeit hatte und aktiv an einigen der Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresse teilnahm.

Uns verbinden schöne Stunden mit lebhaften Diskussionen an unterschiedlichsten Orten in der Türkei und in Deutschland. Daher möchte ich die Migration aus der Türkei nach Deutschland aus der Perspektive von Kunst und Kultur zum Thema für die Festschrift aufgreifen. Ich habe schon Ende der 1980er Jahre Kontakte zu Psychiatern in der Türkei geknüpft (Prof. Günsel Koptagelilal, Prof. Metin Özek aus Istanbul und Prof. Sunar Birsöz aus Antalya). Aus diesen Verbindungen entstand dann auch der erste Deutsch-Türkische Psychiatrie-Kongress 1994 in Antalya unter der gemeinsamen Präsidentschaft von Prof. Metin Özek und Prof. Wolfgang M. Pfeiffer.

Pfeiffer war mein akademischer Lehrer, und ich brachte ihn mit Özek nach dessen Entlassung aus türkischer Haft und seiner beruflichen Rehabilitierung zur Planung dieses Kongresses zusammen. Im November 1994 wurde dann in Marburg die DTGPP gegründet. Eine bis heute bestehende Besonderheit ist die Möglichkeit der Mitgliedschaft in Deutschland und der Türkei. Und mein Blick hat sich im Laufe der Jahre verbreitert. Dabei haben mir Literatur, Theater und Film neue Perspektiven vermittelt.

Historischer Rückblick

Die Wanderbewegung fand überwiegend aus der Türkei nach Deutschland statt, doch gab und gibt es neben den Remigranten auch eine aus Deutschland in die Türkei gerichtete Migration. Vor allem in den Jahren der Nazi-Diktatur nahm die Türkei ca. 1000 Flüchtlinge, vor allem jüdische Wissenschaftler und Künstler auf. Dieses deutsch-türkische Erbe ist heute aber weitgehend in Vergessenheit geraten. An das Schicksal einiger dieser Emigranten und ihrer Familien erinnerte kürzlich die Regisseurin Eren Önsöz. Ihr Film „Haymatloz“ – der Begriff ist als Synonym für Exilanten als Fremdwort ins Türkische eingegangen – kam 2016 in die deutschen Kinos. In der Türkei wurde er bislang noch nicht gezeigt.

Eine neue Form der Einwanderung in die Türkei stellen deutsche Rentner an der Süd- und Westküste dar, die teilweise auch eigene Immobilien bewohnen. Nach Angaben des Auswärtigen Amtes (2017) leben aktuell 70 Tsd. Deutsche dauerhaft in der Türkei.

Am 30. Oktober 1961 wurde das Anwerbeabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Türkei unterzeichnet. Ursprünglich war eine Befristung der Aufenthaltsdauer auf maximal zwei Jahre vorgesehen. Dies erwies sich in der Realität aber nicht als sinnvoll, da die Arbeitgeber an einer längeren Beschäftigung der nunmehr angelernten Arbeiter interessiert waren, die Migranten in dieser kurzen Zeit auch nicht ihre Ziele von Sparvermögen für die geplante Rückkehr in die Türkei erreichen konnten. Von 1961 bis 1973 stieg der Anteil der damals Gastarbeiter genannten Zuwanderer aus der Türkei von 0,97 % auf 22,96 % aller Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland (HÖHNE *et al.* 2014). Dies hat sich trotz des späteren Zuzugs der Spätaussiedler bis heute nicht geändert. Nach der „Ölkrise“

se“ und dem damit verbundenen wirtschaftlichen Einbruch wurde 1973 weitere Arbeitsmigration gestoppt, eine Einreise nach Deutschland war danach nur noch über Familienzusammenführung oder Asylantrag möglich.

Die Arbeitsmigration erfolgte neben der Anwerbung von Fachkräften (z. B. aus den Kohleabbaugebieten an der Schwarzmeerküste für die Zechen des Ruhrgebietes) überwiegend aus bildungsfernen Schichten der auf Landwirtschaft ausgerichteten Regionen Mittel- und Ostanatoliens. Integrationsangebote wurden seitens des deutschen Staates nicht für erforderlich gehalten. So wurden keine verpflichtenden Sprachkurse angeboten. Der staatlichen Erwartung einer baldigen Rückkehr der Gastarbeiter entsprechend verfolgte die Mehrzahl der Migranten aus der Türkei den Plan der Rückkehr nach einigen Jahren mit dem Ziel in der Heimat einen höheren sozialen Status zu erreichen. Überstunden des Geldes wegen waren wichtiger, als sich in der neuen Umgebung heimisch zu fühlen. Doch die Pläne änderten sich spätestens mit der seit dem Anwerbestopp 1973 forcierten Zusammenführung der Familien und der Geburt von Kindern in Deutschland. Allerdings war es meist keine bewusste Entscheidung, in Deutschland zu bleiben. Im Laufe der 1970er Jahre wandelte sich bei vielen MigrantInnen die Idee, rasch in die Türkei zurückzukehren, unmerklich von einem konkreten Lebensplan zu einem Mythos. Dies betrifft gerade die erste Generation, die nicht ohne Kinder und Enkel dauerhaft in der Türkei leben wollte. Allenfalls das sog. Pendeln ist in Rentnerkreisen üblich. Man lebt über die Sommermonate im Heimatort oder an der Küste im eigenen Haus in der Türkei, kehrt dann nach Deutschland zurück. Dieses Konzept erfordert neben finanziellen Ressourcen allerdings ausreichende Gesundheit und ist daher zeitlich begrenzt.

Die Nachkommen der ersten Generation haben meist eine Sozialisation in Deutschland erlebt. Das betrifft allerdings nicht die als „Kofferkinder“ bezeichneten Migranten der zweiten Generation, die teilweise in der Türkei zurückgelassen wurden und oft dort auch zur Schule gegangen sind. Diese Besonderheit der Migration aus der Türkei wurde nur ansatzweise beforscht. Eine journalistische Publikation (WILHELM 2011) spricht von mehr als 300 Tsd. Betroffenen. Ein Dokumentar-

film von Anke Kültür (2013) geht sogar von ca. 700 Tsd. Kindern von Arbeitsmigranten aus, die zumindest teilweise in der Türkei bei Verwandten aufgewachsen und zur Schule gegangen sind oder zwischen Deutschland und der Türkei hin und her geschoben wurden. Dass dadurch nicht selten Probleme der Identität und auch der Integration in Deutschland ausgelöst wurden, liegt auf der Hand.

Eine besondere und kaum beachtete Form der Einwanderung stellt die Migration türkischer Akademiker dar, die zur Elite mit Migrationshintergrund gezählt werden können. In den 1960er Jahren kamen zahlreiche türkische Ärztinnen und Ärzte (die hier beispielhaft für alle Akademiker genannt werden) in die Bundesrepublik, um sich medizinisch fortzubilden. So arbeiteten 1968 mehr als ein Fünftel aller in der Türkei ausgebildeten Ärzte im Ausland (PEPLER 2016: 9). Heute leben und arbeiten geschätzt mehr als 2000 Ärzte mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland. Sie migrierten zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder wurden bereits als Nachkommen in Deutschland geboren (ebd.).

Unabhängig von dem Zeitpunkt der Migration bleiben die Sozialräume in Herkunfts- und Ankunftsregion dauerhaft miteinander verwoben. Die Sozialforschung spricht von transnationaler Migration mit eigenen Symbolsystemen wie Mehrsprachigkeit und Mediennutzung, die keine permanente physische Mobilität benötigt, aber in Herkunfts- und Ankunftsregion gleichermaßen wirksam ist (PRIES 2017). Es handelt sich bei der Migration also nicht um einen einmaligen räumlichen Wechsel mit anschließender Assimilation, sondern um einen nie endgültig abgeschlossenen Prozess. Das führt auch zu einem Wandel von Identität und Kultur. Schablonenhafte Zuordnungen verbieten sich in einem heterogenen Geflecht von Beziehungen, die soziostrukturell eingebettet sind. Gerade in den Geisteswissenschaften ist es zu einem Paradigmenwechsel gekommen. Statt Migration als defizitären gesellschaftlichen Status zu beschreiben, sind Untersuchungen zunehmend ressourcenorientiert und betrachten auch die subjektive Perspektive der Migrierenden. Die bislang gebräuchliche, recht schematische Einteilung in verschiedene Generationen der Migration wird dem multidimensionalen und dynamischen Prozess kultureller und psychologischer Veränderungen nicht gerecht. Die psychiatrische For-

schung kann und muss hier in einem interdisziplinären Austausch neue Perspektiven entwickeln.

Migranten-Milieus in Deutschland unterscheiden sich weniger nach ethnischer Herkunft als nach Wertvorstellungen, Lebensstilen und ästhetischen Vorlieben. Die Herkunftskultur prägt zwar meist maßgeblich die Identität, aber sie determiniert nicht die milieukonstitutiven Grundorientierungen und Werthaltungen. Diese reichen von einer fortbestehenden Verankerung in konservativ-religiösen Traditionen, dem Streben nach materieller Sicherheit, bis zu Erfolg und gesellschaftlichem Aufstieg. Das kann zu Entwurzelung und Unangepasstheit aber auch zu Selbstverwirklichung und Emanzipation führen (VHW 2016).

Kunst und Kultur in der postmigrantischen Gesellschaft

Zum Verständnis gesellschaftlicher Prozesse ist Kunst in ihrer vielfältigen Form hilfreich. Zunächst zum **Theater**: Die Migrationsthematik ist mindestens so alt wie das Theater selbst. „Medea“ von Euripides (480 bis 406 v. Chr.) ist ein Drama, das sich mit dem Fremdsein in einer Kultur und damit verbundenen Schwierigkeiten auseinandersetzt. Die gebildete Königstochter Medea verliebt sich in den Argonauten Jason, mit dem sie aus Kolchis nach Korinth emigriert. Dort wird sie zur Projektionsfigur für „die Fremde“. Sie akzeptiert ihren neuen, geringeren sozialen Status nicht, wird umgekehrt nicht als Korintherin anerkannt.

Es finden sich Gemeinsamkeiten von Theater und Psychiatrie in Bezug auf die Migration. Die Maxime „Wer erzählt, wird wahrgenommen“ beschreibt eine biographische Arbeitsweise des Theaters, die auch Grundlage psychiatrischer Arbeit ist. Auch die aktive Gestaltung des eigenen Bildes in Theaterproduktionen mit partizipativem Charakter entspricht einer aktiven Beteiligung an (gruppen)therapeutischen Maßnahmen psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung. Empowerment (Selbstermächtigung) wird vom Theater wie von der Psychiatrie nicht nur gewünscht, sondern gefördert.

Auch sind die Ziele, die sich Psychiatrie und Theater für die Patienten/das Publikum setzen, verwandt. Durch aktive Herangehensweise im künstlerischen Feld wird die Rolle des Sozialopfers in die Rolle eines Handelnden verwan-

delt. Dies ist bei einer auf Ressourcen orientierten psychiatrischen Behandlung ebenso der Fall. Beteiligung ist das Ziel sowohl künstlerischer als auch psychiatrischer Zugangswege.

Das migrantische Theater wurde ab ca. 1980 bis weit in die 1990er Jahre in der freien Szene von Künstlern mit Migrationsbiographie an verschiedenen Metropolen in Deutschland entwickelt. Sie brachten klassische Theatergeschichten sowie Geschichten aus der Lebenswelt der Einwanderer auf die Bühne. Bei der theoretischen Auseinandersetzung um Fragen der Identität stützen sich Theater und Psychiatrie auf dieselben Quellen, die Bandbreite reicht von Georg Simmel über Homi K. Bhabha bis hin zu Stewart Hall und Bernhard Waldenfels. Engerer interdisziplinärer Austausch wäre wünschenswert und fruchtbar. Der Begriff der postmigrantischen Gesellschaft stammt ursprünglich aus den Theaterwissenschaften und wird erstmals in der soziologischen Forschung als Analyseperspektive verwendet (GHADERI 2017). Es geht nicht darum, Migranten weiterhin als randständig zu exotisieren, sondern sie als Teil der Lebensrealität zu begreifen. Das Ballhaus Naunynstraße und das Gorkitheater in Berlin haben sich – um nur zwei wichtige Vertreter zu nennen – dem postmigrantischen Theater verschrieben und fördern mit ihren Produktionen den Zugang zu gesellschaftlichen Prozessen und auch migrantischer Befindlichkeit.

Eine Annäherung zu subjektiven Sichtweisen von Migration ist auch durch die **Literatur** möglich. Günter Grass fand in seiner Laudatio auf Yaşar Kemal zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels 1997 treffende Worte:

Sonst vielgereist, bin ich nie in Anatolien gewesen, und dennoch habe ich mir als Leser von Buch zu Buch Ihr Land angeeignet. Was fremd war, ist mit allen Gerüchen vertraut. Wörter können das. Die Literatur hebt Entfernungen auf. Literarische Landnahme bringt uns Menschen nah, die nur auf Papier stehen. Sie hebt auf Landkarten gezogene, aber auch unser Bewusstsein schneidende Grenzen auf. Die Literatur schlägt die Brücke zum anderen.

Zum Verständnis der Türkei ist nicht nur Yaşar Kemal eine Fundgrube, die türkische Literatur ist vielseitig und wesentliche Werke liegen in deutscher Übersetzung vor. Die frühe Gastarbeiterliteratur bot vielen Migranten Orientierung.

Stellvertretend sei Güney Dals Roman von 1981 *Europastr.* 5 genannt (KOCH 2007). In einer originellen Rahmenhandlung werden wesentliche Themen der Migranten aus unterschiedlicher Perspektive beleuchtet. Schon damals wurden der transnationale Rahmen und die Verflechtung von kulturellen Prägungen, der Bezug zur Heimat und die gleichzeitige Neuorientierung bei den Protagonisten unterschiedlicher Altersgruppen differenziert dargestellt. Auch die Komplexität der Welt und der Verlust der Heimat werden angesprochen:

Wir leben wirklich in einer komischen Zeit, alles ist durcheinander. Wer soll da noch durchblicken. Als ich noch in Çanakkale war, wär ich nie darauf gekommen, daß die Dinge in der Welt so kompliziert sind. Ohnehin haben die Menschen ja mittlerweile gar kein Heimatland mehr. Deine Heimat ist immer da, wo es gerade Arbeit gibt. Und wenn nicht wenigstens ein paar Bekannte dageblieben sind, da fragst du dich nie nach dem Fleck, wo du geboren bist, und vermißt ihn überhaupt nicht (DAL 1990: 218).

Güney Dal schrieb noch auf Türkisch, die Autorin, Schauspielerin und Theatermacherin Emine Sevgi Özdamar schreibt auf Deutsch, obwohl sie in der Türkei aufgewachsen ist. Von 1967 bis 1970 besuchte sie die Schauspielschule in Istanbul. Nach ihrer Migration stand sie von 1979 bis 1984 bei Claus Peymann als Schauspielerin und Regieassistentin am Schauspielhaus Bochum unter Vertrag. Im Auftrag des Bochumer Schauspielhauses entstand auch ihr erstes Theaterstück *Karagöz in Alemania* [Schwarzauge in Deutschland]. Für ihre Romane wurde sie mehrfach ausgezeichnet. Sie verknüpft die Kultur Anatoliens mit modernen Diskursen und zeitgenössischer Politik. Özdamar schafft ein eigenes Sprachmuster, indem sie assoziativ mit bildlichen Aspekten der deutschen Sprache arbeitet. Als Autorin hat sie eine Zwischenstellung im Übergang von der Gastarbeiter-Literatur zu jüngeren Autoren.

Ein Beispiel dieser neuen Generation ist Feridun Zaimoğlu. Er versteht sich als deutscher Schriftsteller und hat mit *Kanak Sprak* seine bedeutende Rolle als Innovator der deutschen Literatur begründet. Es kommt zu einer positiven Umdeutung ursprünglich stigmatisierender Stereotypen, die sich auch im sog. Gangsta-Rap türkischer Künstler findet und von zahlreichen Comedians

aufgegriffen wird. Auch bei der deutsch-türkischen Literatur handelt es sich also um verschiedene Inhalte, Zeiten und Ansätze, nicht um ein homogenes Kollektiv. Ein weiterer wichtiger Zugang zu Befindlichkeiten im Migrationskontext ist der **Film**. Die Filmwissenschaft hat für Filmemacher mit türkischen Wurzeln den allerdings unscharfen Begriff „Deutsch-türkisches Kino“ geschaffen (ALKIN 2018). Im Gegensatz zu Literatur und Theater wurden zunächst von deutschen Regisseuren problemorientierte Filme geschaffen. Bekanntestes Beispiel ist Rainer Werner Fassbinders „Angst essen Seele auf“ von 1974. Die weitere Entwicklung führte dann vom Problemkino zur Culture-Clash-Komödie. Beispiele mit erfrischender Selbstironie sind u. a. „Süperseks“ (2004) oder der kommerziell erfolgreiche „Kebab Connection“ (2005), bei dem Fatih Akin am Drehbuch beteiligt war. Auch Akins „Soul kitchen“ (2009) wird dieser Kategorie zugeschlagen, von ihm selbst aber als „Heimatkino“ bezeichnet.

Der bekannteste Vertreter des Deutsch-türkischen Kinos ist sicherlich Fatih Akin. Eigene Erfahrungen als Mitglied einer Jugendgang verarbeitete er künstlerisch in seinem ersten Spielfilm „Kurz und schmerzlos“ aus dem Jahr 1998. Sein dritter Film aus dem Jahr 2002 „Solino“ erzählt die Geschichte einer italienischen Familie zwischen Deutschland und dem sizilianischen Heimatdorf. Damit verlässt er seine eigenen türkischen Wurzeln, die er in der Trilogie „Liebe Tod und Teufel“ („Gegen die Wand“, 2004, „Auf der anderen Seite“, 2007 und „The Cut“, 2014) wieder aufgreift. Akin scheut schwierige politische Themen nicht. „The Cut“ beschäftigt sich mit dem Armeniner-Genocid, „Aus dem Nichts“ mit dem NSU-Terror. Mittlerweile ist das Genre inhaltlich und personell viel breiter aufgestellt und verlässt die ursprünglichen ethnischen Zuschreibungen, ist zum transnationalen Kino geworden (BURNS 2006). In einem Interview mit dem Magazin Ray (AKIN 2007) meinte er auf die Frage, ob er sich mehr als Deutscher oder als Türke fühle:

Das kann ich so nicht sagen. Ich komme aus Hamburg und Istanbul. Wären meine Filme Gemälde, wären das die Hintergründe. Die Frage, wie deutsch oder wie türkisch ein Film von mir ist, stellt sich 2007 gar nicht mehr: Das ist Weltkino, das von einem globalen Konflikt erzählt. Es geht um die Frage, wie sich Christentum und Islam ge-

genüberstehen. Wenn man will, kann man auch sagen: Kapitalismus und Sozialismus. Im Kern geht es um die Ambivalenz ... Wir leben in einer so globalisierten Welt, dass ich nicht mehr in diesen Kategorien denke ... Ich fühle mich in Deutschland sehr wohl und habe auch nicht vor, hier wieder wegzuziehen. Aber wie deutsch oder türkisch ich bin, kann ich nicht beantworten.

Die Bedeutung von *Musik* analysierte der Musikethnologe Martin GREVE (2003). Einen ersten musikalischen Ausdruck fanden die Erfahrungen der MigrantInnen in den sogenannten *gurbetçi*-Liedern, Liedern über Heimweh und Auswanderung. Der Vergleich des „kalten Deutschland“ mit einem idealisierten Leben in der Türkei bestimmte in den 1970er und 1980er Jahren das allgemeine Lebensgefühl. Musikalisch fand die Sehnsucht nach der „Heimat“ ihren Ausdruck im „arabesk“, einer Mischung aus anatolischer Volksmusik, westlichem und urbanem türkischen Schlager. Die Liedtexte handelten von den Schmerzen unglücklicher Liebe, von Heimweh, von der Kälte der Großstädte, von Schicksalsergebenheit und Verzweiflung. Erfolgreich war arabesk nicht zuletzt aber auch deshalb, weil Musik durch die in dieser Zeit aufkommenden Musikkassetten erstmals für ärmere Schichten bezahlbar wurde (GREVE 2011).

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Sowohl die politische Lage im Herkunfts- als auch im Ankunftsland beeinflusst die Haltung und Befindlichkeit der Migranten wie der Mehrheitsgesellschaft. So war die Einwanderungspolitik in Deutschland im europäischen Vergleich bis zur Jahrtausendwende eher restriktiv, was Integration und ein neues Heimatgefühl der Migranten erschwerte (ERSANILLI & KOOPMANS 2011). Aber auch die unterschiedliche Motivationslage sehr heterogener Einwanderer aus der Türkei lässt keine allgemeingültigen Aussagen zu. Kamen Arbeitsmigranten meist aus wirtschaftlicher Not, suchten während der Militärdiktatur in der Türkei ab 1980 viele Verfolgte, v. a. Kurden, Aleviten und Yesiden Asyl in Deutschland. Zunehmende Automatisierung in der Industrie ersetzte die Arbeitsplätze zahlreicher Arbeitsmigranten und führte zu Arbeitslosigkeit. Nicht allen in Deutschland geborenen Kindern gelang eine gleichberechtigte

Teilhabe am gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Leben. Der Bildungsbericht 2016 weist eine geringere Nutzung von vorschulischer Bildung aus. Obwohl Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund gute Bildung für ihre Kinder wünschen, besuchen diese überproportional Schulen, die maximal einen mittleren Abschluss ermöglichen; insbesondere an Gymnasien sind sie unterrepräsentiert. Die „Generation Erdoğan“ (AKYOL 2015) lebt seit vielen Jahren mit gesellschaftlicher Polarisierung. In der Türkei nimmt die Orientierung auf den Islam zu, laizistische Konzepte der Republik Atatürks werden zunehmend in Frage gestellt.

Die Wahlen zum Verfassungsreferendum im April 2017 bilden auch bei den in Deutschland wahlberechtigten türkischen Staatsbürgern diese Situation ab: Fast zwei Drittel stimmen für die Verfassungsreform, allerdings nutzten in Deutschland nur knapp 50% ihr Wahlrecht. Der Stolz auf die Republik und zunehmender Nationalismus in der Türkei in Verbindung mit Diskriminierungserfahrungen und sozialer Unzufriedenheit in Deutschland könnte dieses Wahlverhalten erklären. Gerade in Krisenzeiten tendieren Gruppen zur Abwertung anderer, um die eigene Gruppe aufzuwerten. Statt Wertpluralismus und nicht einheitliche Identitäten anzuerkennen, besteht die Gefahr der Orientierung an einer vermeintlich homogenen Kultur mit der Konsequenz von Abwertung schwacher Gruppen und Fremdenhass (GHADERI 2017).

Fazit

Zum Verständnis der Migration aus der Türkei reicht es nicht, eine konstruierte ethnische Gruppe quantitativ mit der Mehrheitsgesellschaft zu vergleichen. Es geht vielmehr um die differenzierte Wahrnehmung der individuellen und gesellschaftlichen Unterschiede. Neben direktem Kontakt der Mehrheitsgesellschaft mit den Zuwanderern aus der Türkei und ihren Nachkommen kann gerade die Auseinandersetzung mit Kunst und Kultur und eine selbstreflexive Haltung eine Annäherung an diverse Befindlichkeiten erleichtern. Es geht darum, Stereotypen zu erkennen und zu überwinden, ohne Konflikte aus dem Weg zu gehen. Nur dann können wir den Migranten angemessen begegnen.

Literatur

- AKIN F. 2007. <http://www.ray-magazin.at/magazin/2007/10/auf-der-anderen-seite-fatih-akin-im-gespraech>.
- AKYOL C. 2015. *Generation Erdoğan. Die Türkei – ein zerrissenes Land im 21. Jahrhundert*. Wien: Verlag Kremayr und Scheriau.
- ALKIN Ö. 2018. Deutsch-Türkische Filmkultur im Migrationskontext. Wiesbaden: VS Springer.
- AUSWÄRTIGES AMT. 2017. *Länderinformationen Türkei*. http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Tuerkei/Bilateral_node.html (aufgerufen am 19.4.2017).
- BILDUNGSBERICHT. 2016. *Bildung und Migration*. http://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/h_web2016.pdf.
- BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (BAMF). 2016. Migrationsbericht 2015. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.pdf;jsessionid=38ADA1D1AAA40DF45A0E01E766E888C0.1_cid294?__blob=publicationFile (aufgerufen am 18.4.2017).
- BURNS R. 2006. Turkish-German Cinema: From Cultural Resistance to Transnational Cinema? In CLARKE D. (ed). *German Cinema Since Unification*. London: Continuum.
- DAL G. 1981. *Europastraße 5*. Hamburg: Buntbuchverlag (Erstausgabe), spätere Ausgaben München: Piper (hier zitiert 1990) und dtv.
- ERSANNILLI E. & KOOPMANN R. 2011. *Do Immigrant Integration Policies Matter? A Three-Country Comparison among Turkish Immigrants*. *West European Politics* 34: 208–234.
- GHADERI C. 2017. Postmigrantische Gesellschaft: Identität und Kultur im Wandel. In GRAEF-CALLIESS I. T. & SCHOULER-OCAK M. (Hg). *Migration und Transkulturalität*. Stuttgart: Schattauer: 3–20
- GRASS G. 1997. *Laudatio auf Yaşar Kemal* zur Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels
- GREVE M. 2003. *Die Musik der imaginären Türkei. Musik und Musikleben im Kontext der Migration aus der Türkei in Deutschland*. Stuttgart: Metzler.
- 2011. Migration von Musik aus der Türkei nach Deutschland, <https://heimatkunde.boell.de/2011/11/18/migration-von-musik-aus-der-tuerkei-nach-deutschland>.
- HÖHNE J. LINDEN B., SEILS E. & WIEBEL A. 2014. *Die Gastarbeiter. Geschichte und aktuelle soziale Lage*. WSI-Report 16 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- ISRAEL A. 2011. Kulturelle Identitäten als dramatisches Ereignis. Beobachtungen aus dem Kinder- und Jugendtheater. In SCHNEIDER W. (Hg). *Theater und Migration – Herausforderungen für Kulturpolitik und Theaterpraxis*. Bielefeld: Transcript Verlag: 47–64.
- KOCH E. 2007. Vortrag „Türkeistämmige Schriftsteller in Deutschland: Güney Dal – Europastraße 5“ beim VI. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongress „Identität(en)“ am 12. September 2007 Istanbul.
- KOCH E. & KOCH L. 2012. Rezension zu „Theater und Migration – Herausforderungen für Kulturpolitik und Theaterpraxis“, herausgegeben von Wolfgang Schneider. *Curare* 35, 4: 288–289.
- KÜLTÜR A. 2013. *Kofferkinder*. Zurückgelassen in der Türkei. Dokumentarfilm Deutschland.
- ÖNSÖZ E. 2016. *Haymatloz – Exil in der Türkei*. Film Türkei/ Deutschland.
- PEPLER L. 2016. *Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie*. Göttingen: Wallstein.
- PRIES L. 2017. Erklärungsmodelle für Migration und Integration. In GRAEF-CALLIESS I. T. & SCHOULER-OCAK M. (Hg). *Migration und Transkulturalität*. Stuttgart: Schattauer: 21–29.
- VHW-BUNDESVERBAND FÜR WOHNEN UND STADTENTWICKLUNG e.V. 2016. *Migranten-Lebenswelten in Deutschland*. Projektphase 1: Qualitative Leitstudie. Zwischenbericht des vhw-Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V. auf Basis der qualitativen Explorationen von Sinus Sociovision, Heidelberg. http://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/06_forschung/Gesellschaftliche_Vielfalt/Zwischenbericht_Migranten-Lebenswelten_in_Deutschland_2016.pdf (Aufgerufen am 9.5.2017).
- WILHELM G. 2011. *Generation Koffer: Die zurückgelassenen Kinder*. Berlin: Orlanda Verlag.
- ZAIMOĞLU F. 2004. *Kanak Sprak – 24 Mißtöne vom Rande der Gesellschaft*. Berlin: Rotbuch Verlag.