

# Wenn die Wurzeln ins Leere greifen: Suizidrisiko bei Migranten

„Ich sehe den Jungen vor mir, mutterseelenallein auf den lehmigen Äckern in Schonen, im Nebel. Wie er dasteht und horcht nach den Trommeln in der Ferne. Seine Ohren hören nichts als das Raschen der Blätter in den Baumkronen und das Krächzen der Krähen.“

Der Text stammt aus dem Roman „Die rote Antilope“ (erschienen im dtv Verlag). Der Autor Henning Mankell erzählt darin die Geschichte eines Jungen aus Afrika, der sich plötzlich in Schweden wieder findet. Er beschreibt eine Sehnsucht, die sich Heimweh nennt und die dem Jungen in seiner Zerrissenheit zwischen zwei Welten nur einen Ausweg lässt.

Das Thema „Migration“ – ob freiwillig oder gezwungenermaßen – „und Suizidalität“ ist mit seinen unterschiedlichen Facetten heute aktueller denn je. Von den knapp 12 500 000 Menschen, die in Bayern leben, sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 1 175 000 Ausländer. Das sind 9,4 Prozent. Und es ist ein Thema, das polarisiert. Grund genug für die Deutsche Gesellschaft für Suizidprophylaxe (DGS), den Fokus ihrer 34. Wissenschaftlichen Frühjahrstagung darauf zu richten. Ende März trafen sich Wissenschaftler, Psychotherapeuten, Ärzte und Sozialarbeiter aus der gesamten Bundesrepublik auf Schloss Reisenburg in Günzburg, um drei Tage lang Erfahrungen und Forschungsergebnisse auszutauschen. „Ich finde es wichtig, dass solche Tagungen stattfinden. Hier öffnen sich Gremien, Gesellschaften und Berufsvertretungen für eine Klientengruppe, die in ihrer Besonderheit bisher zu wenig beachtet worden ist“, sagt die Psychologin Dr. Maria Gavranidou vom Referat für Gesundheit und Umwelt in München. Eine solche interkulturelle Öffnung der Gesellschaft ist ein wichtiger Faktor dafür, wie einfach oder schwer es Migranten haben, aufgenommen zu werden.

## Schwierig sind oft die Verhältnisse, nicht der Faktor „Migration“ an sich

Migrantenspezifischen Aspekten wird bei der Gesundheitsversorgung und -prävention häufig zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Oft vergessen die Verantwortlichen, dass Menschen, die aus anderen Ländern nach Deutschland kommen, um hier zu leben,

Dr. Maria Gavranidou (rechts) plädiert für eine interkulturelle Öffnung sowohl in Fachkreisen als auch in unserer Gesellschaft.



nicht nur Defizite im Bereich der Sprachkenntnisse oder Informationsmängel mitbringen. Vielmehr existieren bei ihnen oftmals völlig unterschiedliche Krankheitsmodelle oder Gesundheitskonzepte. Probleme werden oft leichtfertig personifiziert: „Der Migrant kann das doch nicht“ oder „er ist einfach nicht compliant“. Hier könnte der Arzt oder Psychotherapeut fragen: Warum macht er nicht, was ich sage? Hat er es möglicherweise nicht verstanden oder passt es vielleicht nicht in sein Gesundheitskonzept?

Doch die Experten in Günzburg gingen noch einen Schritt weiter: Ist ein Mensch, der seine Heimat und sein ganzes bisheriges Leben zurücklässt, stärker krankheits- und eventuell auch suizidgefährdet? Maria Gavranidou Antwort ist eindeutig: „Nein, das ist sicher ein Vorurteil. Die Migration allein rechtfertigt keine Krise, auch wenn sie den Menschen dazu zwingt, sich mit dem anderen auseinander zu setzen.“ Dazu gehört der Verlust des Vertrauten. Doch auch die so genannte Aufnahmegesellschaft muss sich mit diesem Thema auseinander setzen, das heißt, auch die Menschen der Aufnahmegesellschaft sind nicht mehr „unter sich“.

Problematisch ist sicherlich, dass in Deutschland viele Migranten einer niedrigen sozialen Schicht angehören. In den dargestellten Studien tauchte immer wieder der Faktor „niedrige Schulbildung“ auf. Vor allem Gastarbeiter der ersten Generation haben häufig ein geringes Einkommen, einen schlechten Arbeitsplatz und eine schlechte Wohnung. Es

sind also die Verhältnisse, in denen Migranten in Deutschland leben, kritischer als die Migration an sich.

Wie problematisch sich die Verhältnisse auswirken können, hat eine Studie aus Würzburg untersucht, deren Daten auf einer Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen. Demnach liegt beispielsweise das mittlere Sterbealter von Migranten etwa zehn Jahre unter dem der deutschen Bevölkerung. Dabei entspricht der Anteil der Suizidversuche von russischen, türkischen oder jugoslawischen Migranten jedoch in etwa dem Anteil der deutschen Bevölkerung. Menschen aus Polen oder Rumänien sind dagegen vergleichsweise stärker gefährdet. Die Frage, ob ein Mensch, der nach Deutschland eingewandert ist, per se stärker suizidgefährdet ist als jemand, der seit Generationen hier lebt, lässt sich also nicht eindeutig beantworten.

Ein wesentlicher Faktor ist sicherlich die Gewalterfahrung im Heimatland: Gewalt prädisponiert zur Suizidalität. Hierzu zählen Traumata in Form von sexuellen Übergriffen, körperlicher Gewalt oder schweren Unfällen. Eine Beobachtung, die auch der Pädagoge Dr. Gerth Döring gemacht hat. Er arbeitet, neben seiner Praxistätigkeit bei Tübingen, in der Kriseneinrichtung Karibuni für ausländische Flüchtlinge: „Wir begleiten und betreuen viele Familien mit traumatischen Erlebnissen. Im Grunde bräuchten sie eine Therapie. Doch auf Grund der verschiedenen Sprache und Kultur ist es oft schwierig, ihnen



Hinter den hohen Mauern von Schloss Reisenburg gab es einen regen Erfahrungsaustausch und intensive Diskussionen.

eine angemessene Traumatherapie zugänglich zu machen. Wir müssen einen Mittelweg gehen, in dem sich unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Menschen annehmen und eine Art therapeutische Sozialarbeit machen.“

**Die zweite Generation ist kulturell stärker enturzelt**

Einer Hypothese zufolge ist die zweite Generation einer Familie, die nach Deutschland ausgewandert ist, oft stärker enturzelt und dadurch mehr belastet als die erste Generation. Denn die Kinder der Migranten müssen sich nach „beiden Seiten hin“ anpassen:

Einerseits dürfen sie ihre Elterngeneration mit den alten Traditionen nicht verraten. Andererseits fühlen sie sich auch, zumindest mit einem Bein, der Aufnahmegesellschaft zugehörig. Vor allem junge Türkinnen kommen oft in einen Konflikt zwischen den Anforderungen ihrer Väter und ihrem eigenen Selbstverständnis. Ein Konflikt, der so zermürbend sein kann, dass die jungen Frauen suizidal werden, weil sie keinen Ausweg mehr sehen: Konzepte wie „Ehre und Ruf“ und kulturelle Normen, welche die Eltern aus dem Heimatland mitbrachten, scheinen unvereinbar mit den Anforderungen und Wünschen der Peergroup, dem Kreis ihrer Freundinnen, dem sie sich auch zugehörig fühlen möchten. So zeigt

te die Würzburger Studie bei jungen Türkinnen eine vergleichsweise höhere Rate an Suizidversuchen. Eine andere Hypothese geht davon aus, dass sich die zweite Generation in Bezug auf die psychologische Pathologie der Aufnahmegesellschaft annähert. Viele Studien zeigen, dass sich die Daten und die Suizidraten im Laufe der Zeit an die der Aufnahmegesellschaft, in diesem Falle Deutschland, angleichen.

Abgesehen von Statistiken und Hypothesen kann es für Ärzte, Psychotherapeuten und deren Praxisteams hilfreich sein, einige Aspekte zu beachten, wenn sie von Menschen mit Migrationshintergrund um Hilfe gebeten werden – egal welcher Generation diese Menschen angehören: „Die Mitarbeiter einer Praxis sollten auf dem Gesundheitssektor interkulturell kompetent sein“, so Maria Gavranidou, „das bedeutet, ich bin mir darüber bewusst, welche Gesundheitskonzepte, welche Heilungs- und Krankheitsvorstellungen ich habe. Und dass es meine westlichen Konzepte sind, die möglicherweise auf bestimmte Migrantengruppen nicht angewendet werden können.“

**Nicht zu unterschätzen: Freiwilligkeit und Heimweh**

Und es gibt noch einen wesentlichen Faktor, den man nicht außer Acht lassen sollte: Wie freiwillig ist jemand nach Deutschland gekommen? Denn schon bei Odysseus hieß es

Anzeige

**Wollen Sie viel Geld sparen ?**

**+++ Mehr als 2000 Ärzte nutzen Med 7 bereits +++**

Die 100%

**kostenlose**  
Arztpraxis-Software  
mit KVDT-Zulassung

**Inklusive kostenlos:**

- Update-Service
- Support-Forum
- Schulung (online)

- + KV-Abrechnung
- + Privatliquidation mit PVS
- + BDT-Daten-Import aus anderer Software für Umsteiger!
- + Extrem einfache Eingabe durch Favoritenliste für Ziffern, ICDs
- + Netzwerkfähig bis 10 Arbeitsplätze

# Med 7

Mit freundlicher Unterstützung der in Med7 verbenden Pharmafirmen.

Medikamentendatenbank

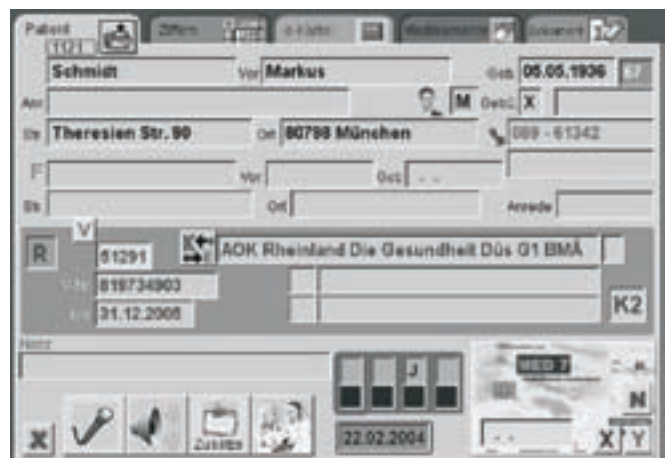


Bitron GmbH  
Leistung für Ärzte  
seit über 20 Jahren.

**32-Bit-Windows-Technologie**

Die komplette Vollversion downloaden und sofort einsetzen:

**www.med-7.de**



Sie können auch eine kostenlose CD anfordern!

Bitron GmbH, Bürgeler Str. 18 A, 63075 Offenbach E-Mail: info@bitron.de Tel.: 069-8600-9672 Fax: 069-8600-9673

vor langer Zeit: „Heimweh ist der Wunsch, an den Ort zu gelangen, wo man hingehört.“ Heute erklärt die Wissenschaft, dass Heimweh durch Trennungen sowie dem damit verbundenen Verlust von Bindungen und Geborgenheit entsteht und eine starke Korrelation mit Angst und Depression zeigt. Die Stärke der Belastung ist abhängig davon, wie der Mensch seine Heimat verlassen hat, ob als Tourist, als Flüchtling oder als Emigrant. Wenn die Heimat verloren erscheint, greifen die Wurzeln ins Leere – und damit droht die Suizidalität.

Der Junge in Mankells Buch findet keinen anderen Ausweg. Dort heißt es: „In seinen Träumen sieht er die rote Antilope, die sein leiblicher Vater in einen afrikanischen Felsen geritzt hat. Wie sie will er zum Sprung ansetzen, weit zurück über das Meer, und nachts probiert er heimlich, ob es nicht möglich ist, mit bloßen Füßen über das Wasser zu gehen.“ Vielleicht helfen Tagungen wie die in Günzburg, einen anderen Weg aufzuzeigen.

Dr. Martina Koesterke (KVB)



So sieht das Grundzertifikat Beruf & Familie 2006 aus.

## Alternative in Nürnberg: Ralf Bohnert leitet den Krisendienst Mittelfranken



Ralf Bohnert  
Leiter Krisendienst  
Mittelfranken

*Herr Bohnert, was ist der Krisendienst Mittelfranken?*

Der Krisendienst Mittelfranken ist eine zentrale Anlaufstelle für Menschen in seelischen Notlagen und hat dann geöffnet, wenn Praxen, Beratungsstellen oder Gesundheitsämter geschlossen haben. Wir gehen davon aus, dass Krisensituationen rund um die Uhr auftreten können.

*Warum besuchen Sie diese Tagung?*

Wir haben im Krisendienst festgestellt, dass wir Menschen mit Migrationshintergrund nicht erreichen. Auch wenn es uns schon seit acht Jahren gibt, rufen diese Menschen uns nur selten direkt an. Oft vermitteln beispielsweise der ärztliche Bereitschaftsdienst oder die Polizei an uns. Es gibt da anscheinend eine gewisse Schwellenangst beispielsweise für türkische Bürger oder Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion, sich bei uns zu melden. Das versuchen wir zu verändern und neue Wege zu gehen. So bieten wir seit Oktober 2005 speziell für Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion in einem kleinen Zeitkorridor muttersprachliche Krisenintervention an. Neben einem russischen Internetauftritt unter [www.krisendienst-mittelfranken.de](http://www.krisendienst-mittelfranken.de) gibt es auch russischsprachige Flyer. Sie werden vor allem von den Arztpraxen, der Polizei und

speziellen Beratungsdiensten für Migranten angefordert. Das große Problem ist allerdings, das hat sich nach fünf Monaten schon herausgestellt, dass es im Nürnberger Raum zu wenig russisch sprechende Fachkräfte gibt, an die wir die Menschen weiter vermitteln können.

*Haben sie eine solche Sprachbarriere schon selbst einmal erlebt?*

Ja, ich erinnere mich an eine solche Situation. Vor etwa drei Monaten wurden wir von einem Notfallseelsorger, der in der Regel die Todesnachrichten überbringt oder bei Suizid dazu gerufen wird, in ein Mehrfamilienhaus in Nürnberg gerufen. Eine russische Familie hatte soeben erfahren, dass sich eine Nachbarin und gute Freundin drei Stunden zuvor aus dem vierten Stock gestürzt und das Leben genommen hatte. Wir haben zwar einigermaßen auf deutsch kommunizieren können. Doch es wäre sicher sehr hilfreich und entlastend gewesen, wenn die Menschen sich in ihrer eigenen Muttersprache mit ihrer eigenen Ausdrucksweise und allem, was zur Sprache dazu gehört, also auch Mentalität und Religion, hätten ausdrücken können. Wir waren zwar da und haben einiges besprechen können. Doch es wäre sicherlich viel besser gelaufen, wenn wir da russische Kollegen gehabt hätten, die sowohl die interkulturelle als auch die muttersprachliche Kompetenz besessen hätten.

Herr Bohnert, vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Dr. Martina Koesterke (KVB).

### Familien im Fokus: Zertifikat für die Personalarbeit der KVB

Im Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) den Trend erkannt: Betriebliche Familienförderung ist der Schlüssel, um den Mitarbeitern eine Balance von Beruf und Privatleben zu ermöglichen. Ende März wurden die bisherigen Leistungen in diesem Bereich mit einer besonderen Auszeichnung honoriert: Der Audit-Rat der renommierten Hertie-Stiftung bescheinigte der KVB den Erhalt des Grundzertifikates Beruf & Familie 2006. „Dank der engagierten Arbeit unserer Personalleiterin Hede Gesine Fink und ihres Teams ist ein Grundstein gelegt für die Umsetzung einer an den Interessen von Familien orientierten Personalpolitik. Nun gilt es, die festgelegten Ziele in den nächsten drei Jahren umzusetzen, was dann wieder unseren Mitgliedern, den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, zugute kommen wird. Denn hoch qualifizierte und motivierte Mitarbeiter sind unser wertvollstes Kapital“, so der KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Axel Munte.

Der Zertifizierung vorausgegangen war eine intensive Überprüfung der bislang umgesetzten Maßnahmen und möglicher weiterer Entwicklungspotenziale. So hatte sich Ende vergangenen Jahres eine interne Projektgruppe unter Anleitung einer externen Spezialistin zur Analyse des Ist-Zustandes in der KVB gebildet. Führungskräfte und Mitarbeiter mit verschiedenen familiären Hintergründen berieten über Ziele und Maßnahmen, die den Familien wirklich helfen. Flexibilisierung der Arbeitszeiten, effiziente Arbeitsorganisation, Intranetinformationen für die Mitarbeiter zum Thema Familie, Unterstützung von Müttern in Elternzeit – dies sind nur einige



Stichworte aus dem Zielkatalog. Dabei beschränkte man sich nicht auf den traditionellen Familienbegriff – Mutter, Vater, ein oder mehrere Kinder –, sondern nahm beispielsweise auch Mitarbeiter mit pflegebedürftigen Angehörigen in den Fokus. Ergebnis des Workshops war eine Zielvereinbarung, die vom Vorstand unterschrieben wurde.

*Kathrin Bernhardt (KVB)*

### Neuer Arzneimittelvertrag unterzeichnet

Nach intensiven Verhandlungen konnte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) sich kürzlich mit den bayerischen Krankenkassen auf einen für 2005 und 2006 gültigen Arzneimittelvertrag einigen. Damit kann das erfolgreiche Arzneimittelprogramm fortgeführt werden. Aus Sicht des Vorstandes der KVB ein Erfolg: Hatte das bayerische Programm doch bewiesen, dass es möglich ist, durch einen guten und unabhängigen Beratungsservice die Arzneimittelausgaben zu senken.

Ziel der KVB ist es nun, noch mehr Ärzte zu überzeugen, sich am Arzneimittelprogramm zu beteiligen und das Beratungsangebot der KVB zu nutzen. Denn nur, wenn alle bayerischen Ärzte wirtschaftlich verordnen, können die angestrebten Einsparungen auch realisiert und damit mehr Spielraum bei den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen geschaffen werden. Im Rahmen des Arzneimittelprogramms berät die KVB die teilnehmenden Ärzte daher umfassend: Durch eine neutrale, von der Industrie unabhängige Pharmakotherapieberatung werden sie regelmäßig über den Stand ihrer Verordnungen informiert. Dieser Service trägt dazu bei, dass die Ärzte ihre individuell vereinbarten Verordnungsziele einhalten können. Für diejenigen

Ärzte, die erfolgreich am Arzneimittelprogramm teilnehmen, hat die KVB zudem ein individuelles Regresschutzsystem erarbeitet.

Leider werden die Bemühungen der KVB, ihre Mitglieder bei der Umsetzung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen, in letzter Zeit wiederholt durch teilweise polemische Äußerungen von Vorstandsmitgliedern des Bayerischen Hausärztesverbandes (BHÄV) begleitet. Und das, obwohl die Teilnahme am Arzneimittelvertrag sogar ein integraler Bestandteil des zwischen Hausärztesverband und AOK Bayern ausgehandelten Hausarztvertrags ist. So behauptet der Bezirksvorstand Mittelfranken des BHÄV in einer Faxinformation an alle bayerischen Hausärzte vom 24. April 2006, es „werden Prüforgien die Folge des Arzneimittelvertrags sein“. Die Realität sieht ganz anders aus: Durch die Regresschutzregelungen im Arzneimittelvertrag werden in vielen Fällen Verhandlungen vor den autonomen Prüfungsgremien bereits im Vorfeld vermieden. Und auch die umfassende Beratung durch die Arzneimittelexperten der KVB trägt dazu bei, dass wegen Unwirtschaftlichkeit veranlasste Prüfverfahren verhindert werden.

Um ihre Mitglieder im Unterschied zu so manchen polemischen Äußerungen sachlich und umfassend zu informieren, hat die KVB auf ihrer Homepage eine Informationsseite eingerichtet, auf der sie die unzutreffenden Vorwürfe aus den zahlreichen Faxen und Schreiben des BHÄV richtig stellt. Die Seite mit dem Titel „Fakt ist!“ finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik Praxisinformationen – Rundschreiben.

*Verena Stich (KVB)*



Bild: GEK

Einblicke in „Balance“.

### „Balance“: Reise durch den Körper

Auch in diesem Jahr veranstaltet die Gmünder ErsatzKasse GEK wieder die „Balance“-Ausstellung, die bundesweit schon viele tausend Besucher zu verzeichnen hatte. Mit ihrem „begehbaren Organismus“ wird sie auch in Bayern Station machen. Bei der Eröffnung der ersten Veranstaltung in Kempten werden auch Vertreter des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) anwesend sein, denn, so der KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Axel Munte: „Als Vertretung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bieten wir gerne ideelle Unterstützung für diese Ausstellung. Auch aus ärztlicher Sicht ist sie absolut sehenswert und ein Besuch zu empfehlen.“

Bei „Balance“ taucht der Besucher in einen überdimensionalen Körper ein und erfährt auf diese Weise den menschlichen Organismus als Lebenswelt. Auch seine eigene Gesundheit kann er durch den Einsatz von Multimedia spüren, erleben und testen.

An folgenden Tagen wird die „Balance-Ausstellung“ in Bayern Station machen:

- in Kempten  
24. Juni bis 2. Juli
- in Schweinfurt  
22. bis 30. Juli
- in Passau  
11. bis 19. November
- in Augsburg  
25. November bis 3. Dezember

Die Ausstellung ist täglich von 9.00 bis 19.00 Uhr geöffnet und der Eintritt ist frei.

*Verena Stich (KVB)*

### KVB-Seminarprogramm

Die KVB bietet ihren Mitgliedern im Jahr 2006 rund 200 verschiedene Seminare an. Schwerpunkte sind neben Kursen zu Betriebswirtschaft, Praxismarketing und Datenschutz auch Programme zu Qualitätsmanagement. Die Palette reicht von mehrstündigen Veranstaltungen bis hin zu Intensivseminar-Paketen für das ganze Praxisteam.

Die komplette Seminarbroschüre kann man im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik „Service“ mit Klick auf „KVB-Seminare“ herunterladen. Hier sind auch Anmeldeformulare und Teilnahmebedingungen eingestellt.

