



nah & fern 41 Schwerpunktthema: Migration und Gesundheit

Titelbild:
Gustavo Alábiso

Motiv: Yoga-Übung
mit Stella Schmitt,
im Yoga-Kurs von
Jutta Sauer-Gerl,
Praxis Physio-
VITALIS, Karlsruhe

SCHWERPUNKTTHEMA

Ein Gespräch mit
Meryam Schouler-Ocak
Macht Benachteiligung krank? 10

Birsen Kahraman
**Kulturelle Pathologisierung
und Machtdifferenz**
Aspekte einer kultursensiblen
Therapiebeziehung 16

Stefan Gaitanides
**Konfliktlösung durch reflexive
interkulturelle Kompetenz**
Ein Anforderungsprofil und
ein Leitfaden 22

Interview mit Ramazan Salman
**„Jeder Mensch hat das Recht,
verstanden zu werden“** 24

Bärbel Reuter / Gaby Voigt
Wie Pinar krank wurde
Krankheit als soziokulturelles
Konstrukt 29

Ein Gespräch in der Pflegedirektion
des Städtischen Klinikums Karlsruhe
„Ängste besser verstehen lernen“ 34

Georgia M. / Bernd S.
Griechisch-deutscher Abschied
Ein Zwiegespräch 36

Transkulturelles Gesundheitswesen
Buchtipps und Links 38

POLITIK

Iman Attia
**Ausschluss, Fürsorge und
Exotismus**
Kulturrassismus im Umgang
mit Islam und ›Muslimen‹ 40

LITERATUR

Klaus Hübner
Die Dichterin Marica Bodrožić
„Der Plural ist mein tägliches Brot“ 46

FOTOGRAFIE

Galerie
Der Fotograf Masoud Sarikhani 50



Foto: Masoud Sarikhani

Die nah & fern-Redaktion dankt herzlich für
die Unterstützung dieses Themenschwerpunkts:

Gustavo Alábiso, Fotograf, Karlsruhe • Djerdj Antal, Pflegedienst-
leiter, Städtisches Klinikum Karlsruhe • Doris Gabel, Leiterin der
Öffentlichkeitsarbeit, SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach •
Dr. Xiaomeng Liu, Leiter der TCM-Praxis, SRH Klinikum Karlsbad-
Langensteinbach • Birgit Mangold, stellvertretende Pflegedirektorin,
Städtisches Klinikum Karlsruhe • Dr. Alessandro Pira, Facharzt für
Innere Medizin, SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach • Mario
Bassauer, Geschäftsführung PhysioVITALIS, Karlsruhe • Johana
Schmidts, Krankenpflegerin, Städtisches Klinikum Karlsruhe •
Kenisha Schnepf, Krankenpflegerin, Städtisches Klinikum Karlsruhe
• Prof. Dr. Jürgen Wacker, Chefarzt der Frauenklinik, Fürst-Stürm-
Klinik, Bruchsal • Nynke Zimmermann, Praxis für klassische Homö-
opathie und traditionelle chinesische Akupunktur, Karlsruhe

PROJEKTE & IDEEN

Hilfe für Menschen
ohne Krankenversicherung 52



Foto: Rainer Sturm/pixelio

Die Frankfurter
Afrikasprechstunde 53

Zugang zum Gesundheitssystem 53

Freiburg: Wahlrecht für alle 54

STÄNDIGE RUBRIKEN

Editorial 3
Namen & Notizen 6
Impressum 54
Aus-Lese. Buchtipps 55
Ereignisse & Termine 56
Netzwerk 57
Schluss.Punkt 58
Vorschau 58




Neu! Der spannende
Roman über Flucht und
Asyl. (Nicht nur) für
Jugendliche...

Hannah und Harry, zwei Jugend-
liche, sollen für die Schule eine
fächerübergreifende Arbeit zum
Thema Asyl schreiben. Sie begin-
nen, im Flüchtlingsheim zu rechen-
chieren, doch bald schon wird aus
der reinen Schularbeit wesentlich
mehr. Nicht nur, dass sich die bei-
den bei ihren Recherchen näher
kommen. Sie lernen auch Neo
kennen, einen jugendlichen Flücht-
ling, der sich als „Illegaler“ ohne
Papiere vor der Polizei verstecken
muss. Hannah will Neo schützen
und bittet ausgerechnet Harry um
Hilfe, der auf Neo eifersüchtig ist.
Zu dritt geraten sie in eine Polizei-
kontrolle. Doch wird Harry den Ri-
valen ausliefern, bloßstellen oder
schweigt er? Eine dramatische und
spannende Reise beginnt...

A.C. Sansone: Diese eine Reise,
200 S., kart., 14,90 €
ISBN 978-3-86059-320-2

Der Fach-
verlag für
Migration,
Asyl und
Menschen-
rechte

VON LOEPER LITERATURVERLAG
Kiefernweg 13 – D-76149 Karlsruhe
Fon: 0721/706755 – Fax: 0721/788370
E-Mail: info@vonLoeper.de
Internet: www.vonLoeper.de



Bitte nicht stören!
Therapie!

Foto: Ingrid Ruthe/Pixelio

Kulturelle Pathologisierung und Machtdifferenz

Aspekte einer kultursensiblen Therapiebeziehung

VON BIRSEN KAHRAMAN

Die Beurteilung von gesundheitlichen Störungen anhand der gängigen mitteleuropäischen bzw. angloamerikanischen Krankheitslehren führt bei Menschen aus anderen kulturellen Kontexten häufig zu Fehldiagnosen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, unverstandene Syndrome vorschnell als kulturbedingt anzusehen und damit den eigentlichen Ursachen einer Krankheit nicht nachzugehen. Um psychische Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund weder zu verharmlosen noch kulturell zu pathologisieren, ist es notwendig, eine kultursensible Therapiebeziehung aufzubauen, in der reale wie unterstellte Wert- und Normunterschiede reflektiert werden.

Die Trennlinie zwischen Normalität und Pathologie verläuft selten eindeutig, vor allem wird sie stets bestimmt durch implizite Wertmaßstäbe der Beteiligten. Universalistische Annahmen in Medizin und Psychologie begünstigen bis in die heutige Zeit die Vernachlässigung von Kultur- bzw. Kontextfaktoren. Kulturen von PatientInnen werden, sofern sie deutlich von einem naturwissenschaftlichen Verständnis abweichen, zum Teil exotisiert und in psychologisch-psychiatrischen Zusammenhängen häufig leichtfertig pathologisiert. Suman Fernando verweist darauf, dass in der Psychiatrie eine Vermischung rassistischer und kultureller Zuschreibungen stattfindet. Der Kulturbegriff habe zunehmend den Begriff der Rasse abgelöst und werde als „starrer, unveränderlicher Merkmalskomplex sozialer Gruppen“ verstanden. In der Diskussion über Kulturen verbirgt sich demnach ein moderner, verdeckter Rassismus, der für Außenstehende ohne genaue Reflexion kaum wahrnehmbar ist. Dass Psychiatrie und Psychologie anfällig dafür sind, Rassismen zu reproduzieren, leitet Fernando aus einer Reihe historischer Belege ab, in denen insbesondere kulturelle und strukturelle Unterschiede zwischen Menschen dazu genutzt wurden, diese als minderwertig zu klassifizieren, um die angeblich naturgegebene Überlegenheit und die Vorherrschaft von Weißen zu rechtfertigen.

Fernando schließt, dass als Folge von institutionellem Rassismus Minderheitenangehörige häufig stereotyp und voreingenommen beurteilt werden, was sich nicht zuletzt in überproportionalen Zwangseinweisungen schwarzer Männer in den USA und Großbritannien bzw. türkischer Männer in Deutschland zeigt. Männer mit Migrationshintergrund werden zum Beispiel

als wütender und gefährlicher wahrgenommen. In der Versorgung erhalten sie zudem häufig hohe Medikamentenverabreichungen, dafür weniger Psychotherapie. In der Psychotherapie spielt die Einschätzung der Kooperationsfähigkeit durch die BehandlerIn bzw. die Beurteilung der Prognose eine entscheidende Rolle bei der Auswahl und Bereitstellung notwendiger therapeutischer Maßnahmen. Unbeachtet bleibt dabei häufig, dass die Beurteilung von PatientInnen, ihrer Leiden bzw. Fähigkeiten, in erster Linie davon abhängt, wie BehandlerInnen diese aus ihrer eigenen Erwartungsperspektive wahrnehmen. Heiner Keupp verweist darauf, dass Handlungen erst im Zusammenhang mit einem Sinn gebenden Rahmen als abweichend bzw. passend bewertet werden können, sodass für jedes Verhalten ein bestätigender bzw. Regel verletzender (kultureller) Rahmen konstruiert werden kann.

„Fehlinterpretationen sind nicht selten“

Die Beurteilung psychischer Störungen nach universell ausgerichteten Kategorien, die in der Psychiatrie und Psychotherapie vor allem auf mitteleuropäischen bzw. angloamerikanischen Krankheitslehren basieren, führt ohne kontextuelle Modifikationen zwangsläufig zu Fehlbeurteilungen bzw. zur Verfremdung. Littlewood und Lipsedge arbeiten in ihren kulturreflexiven Analysen heraus, dass innerhalb dominierender Psychiatriesysteme Symptomabweichungen dazu benutzt werden, Minderheiten zu Fremden zu stigmatisieren. Wenn unverstandene psychische Syndrome bei Minoritäten als ausschließlich kulturbedingt bewertet werden und unbehandelt bleiben, besteht die Gefahr der Verharmlosung, während umgekehrt eine Überbewertung kultureller Phänomene eine ungerechtfertigte Pathologisierung

Macht



Das deutsche Gesundheitssystem ist noch lange nicht auf Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt, erklärt die Ärztin Meryam Schouler-Ocak. Daher komme es im ambulanten wie im stationären Bereich immer wieder zu sprachlichen und kulturellen Missverständnissen, zu Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und zur Chronifizierung von unerkannt gebliebenen Krankheiten. nah & fern sprach mit der Berliner Fachärztin für Psychiatrie über Lücken in der psychosozialen Versorgung, über die Migrationsstresstheorie und über Transkulturalität im Gesundheitswesen.

Frau Schouler-Ocak, es wird zwar immer wieder gefordert, dass mehr Menschen mit Migrationshintergrund Medizin studieren sollen, damit sich die gesellschaftliche Vielfalt stärker im Gesundheitssystem niederschlägt. Gleichwohl gibt es ja keinen Automatismus, demzufolge Migranten sich zwangsläufig mit migrationsspezifischen Aspekten ihres Berufs auseinandersetzen müssen. War Ihnen bei Studienbeginn schon klar, dass die psychosoziale Versorgung von Migranten ein Schwerpunkt Ihrer Arbeit werden würde?

schließlich kam das Interesse für die Neurologie. Im Rahmen der Facharztausbildung zur Psychiatrie habe ich festgestellt, dass gerade in diesem Bereich riesige Versorgungslücken bestehen, und habe mich daraufhin umorientiert, um mitzuwirken, damit sich etwas verändern kann.

Sie haben Mitte der 1980er Jahre Medizin studiert. Ich vermute, dass Sie zu dieser Zeit nicht viele Kommilitoninnen und Kommilitonen mit Migrationsgeschichte hatten – wie war die Stimmung damals an der Universität? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Das stimmt. Ich habe in Hannover an der Medizinischen Hochschule studiert, und in unserem Jahrgang waren 25 Studierende nichtdeutscher Herkunft, davon drei Türkischstämmige, die anderen kamen u. a. aus Österreich, Polen, Griechenland, Belgien, Norwegen und den USA, also ziemlich international. Wir wurden von einer Sprecherin für ausländische Studierende begrüßt und blieben dann im Laufe des Studiums zusammen, um uns gegenseitig zu unterstützen, in der Hochschule und in Hannover. Insgesamt waren es deutlich weniger Studierende mit Migrationshintergrund als heute. Ich habe später auch Tutorials für Studienanfänger angeboten, rund fünf Jahre lang. Es ging dabei nicht um Studieninhalte, sondern vor allem um das Kennenlernen der sozialen Strukturen und die Vernetzung.

Allein die Tatsache, einen Migrationshintergrund mitzubringen, reicht als Qualifikation natürlich nicht aus. Man muss auch über Fach- und Methodenkompetenzen verfügen. Das ist mir wichtig zu betonen. Zu meiner eigenen Person: Als Jugendliche habe ich oft Eltern und Bekannte zu Arzt- und anderen Terminen begleitet, außerdem habe ich schon als 16-Jährige bei Pro Familia gedolmetscht. Bei diesen Gelegenheiten habe ich gemerkt, dass die Erwachsenen sehr ohnmächtig waren, weil sie sich weder integrieren konnten noch teilhaben, weil sie die Sprache nicht beherrschten, und weil sie das System nicht verstanden. Damals hatte ich die Idee im Hinterkopf, dass sich etwas verändern muss, und dass ich dafür etwas tun möchte. Allerdings wollte ich zunächst nicht Medizin studieren, sondern Internationales Recht, später dann doch Medizin, sah mich jedoch eher im Bereich Intensiv- bzw. Rettungsmedizin,

*Bild oben:
Altenpflegerin
Lisa Scheidt beim
Blutdruckmessen im
Caritas-Altenheim
Albert-Stehlin-Haus
in Ettlingen*

Benachteiligung krank?

Ein Gespräch mit Meryam Schouler-Ocak über die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten

Die Anwerbeverträge mit den Mittelmeerländern wurden zwischen 1955 und 1968 geschlossen, inzwischen wächst die vierte Generation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland heran. Wie beurteilen Sie die medizinische Versorgung dieser Menschen, gerade im Hinblick auf die psychische Gesundheit?

Die Gesundheitssituation der ersten Generation, beispielsweise der türkischstämmigen Arbeitsmigranten, ist nur lückenhaft erfasst. Für diese Menschen stand die Idee, wieder in die Türkei zurückzukehren, lange Zeit im Vordergrund. Aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse konnten die meisten bei einem Arztbesuch ihre gesundheitlichen Probleme nicht so schildern, wie es notwendig gewesen wäre.

Das große Dilemma in Deutschland ist ja bis heute, dass im ambulanten Bereich die Kosten für den Einsatz eines Sprach- und Kulturmittlers nicht bezahlt werden. Wenn man sich nur reduziert mitteilen kann, dann beschränkt man sich automatisch auf bestimmte Schlagworte wie Kopf- oder Rückenschmerzen, auf die so genannten Präsentiersymptome. Man kommt nicht richtig in das Arztgespräch hinein, man wird nicht verstanden, es entstehen viele Missverständnisse. Die Konsequenz ist, dass man zu viele Medikamente bekommt, von denen einige erhebliche Nebenwirkungen haben, und dass psychische Erkrankungen verdeckt oder nicht erkannt werden. Es kommt in der Folge zur Chronifizierung, zu einer künstlich verursachten Hilflosigkeit und letztendlich zur Frühinvalidität und Frühverrentung. Wenn man stattdessen die Kommunikation zwischen Patient und Arzt durch den Einsatz eines sprach- und kulturkompetenten Übersetzers verbessern würde, dann würden bestimmte Beschwerden von Anfang an besser erkannt werden und viele Patientenkarrieren ganz anders verlaufen. Das gleiche Problem existiert natürlich auch im stationären Bereich: Wenn man mit

bestimmten Symptomen eingewiesen wird, dann läuft natürlich die somatische Schiene ab, dann werden ganz viele nicht angebrachte Untersuchungen durchgeführt. Ich sehe manchmal Patienten in meiner Sprechstunde, die schon zehn Magenspiegelungen hatten. Weil zu wenig mit den Betroffenen gesprochen wird, bleibt man automatisch im somatischen Bereich. Ein anderes Dilemma ist die unzureichende interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Wir haben 2006 rund 350 psychiatrische Einrichtungen angeschrieben im Rahmen einer Befragung der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. Davon haben immerhin 146 geantwortet. Wir hatten die Stationsteams befragt über Patienten mit Migrationshintergrund, und überraschend war, dass 27 Prozent der Teams sprachgebundene Verständigungsschwierigkeiten angegeben haben, 38 Prozent kulturgebundene Verstehensprobleme, aber 44 Prozent sprach- und kulturgebundene Verständigungs- und Verstehensschwierigkeiten, wobei auch Doppelnennungen möglich waren. Das bedeutet, dass im System an sich noch ganz viele Informationsmängel existieren, auf der Seite der Betroffenen und auf der Seite der Behandler.

Kann man diesen Befund hinsichtlich verschiedener Migrationsgenerationen differenzieren?

Einerseits ist hervorzuheben: Je weiter die Integration voranschreitet, desto ähnlicher werden sich auch die Krankheitsbilder. Andererseits gibt es neuere Untersuchungen, die zeigen, dass zum Beispiel schizophrene Erkrankungen bei der ersten Generation genauso häufig auftreten wie bei Menschen, die im Herkunftsland geblieben sind. Aber schon in der zweiten Generation ist das Risiko, an einer entsprechenden Störung zu erkranken, um den Faktor 2,9 erhöht, und in der dritten Generation liegt der Faktor nochmals höher. Das Risiko, eine solche Störung auszubilden, hängt außerdem mit der Hautfarbe zusammen, das heißt dunkelhäutige

Ausschluss, Fürsorge

Kulturrassismus im Umgang mit Islam und ›Muslimen‹

In den aktuellen Diskussionen über Migration und Integration wird nur selten auf die Bilder und Vorstellungen Bezug genommen, die das Verständnis vom Islam in großen Teilen der Bevölkerung geprägt haben und immer noch prägen. Der folgende Beitrag erläutert die Zusammenhänge zwischen historischen und aktuellen Formen des Orientalismus und zeigt, dass orientalisierende Klischees kaum etwas über ›den Orient‹, aber sehr viel über die europäische Sicht auf Islam und Menschen mit islamischem Hintergrund aussagen.

Ablehnende Einstellungen gegen ›Muslime‹ sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Je nach Szene und Subkultur variieren sie in Tonfall, Ausschmückung und Zielrichtung. Während die Einen versuchen, Interaktionen mit ›Türken‹ und ›Araberinnen‹ auf das Unvermeidliche zu beschränken, fühlen sich Andere dazu berufen, Entwicklungsprozesse bei ›Türkinen‹ und ›Arabern‹ zu fördern und nennen das ›Dialog‹. Ausschluss und Fürsorge scheinen von entgegengesetzten Haltungen im Umgang mit ›dem Fremden‹ zu zeugen. Dennoch verweisen sie beide darauf, dass die wahrgenommene Differenz zwischen ›denen‹ und ›uns‹ nicht ausgehalten oder positiv empfunden wird. Die Betonung einer ›deutschen Leitkultur‹ ist nicht – wie häufig erklärt wird – bestrebt, Konflikte zwischen Einheimischen und Eingewanderten zu vermeiden. Vielmehr zielt sie darauf, die eigene Lebensweise als richtig sowie die herablassende Haltung und die beanspruchten Privilegien als berechtigt zu bestätigen.

Neben Ausschluss und Fürsorge gibt es noch den Exotismus. Auch er hebt ›das Fremde‹ hervor, beieilt sich jedoch, es positiv zu werten. Dennoch unterscheidet sich Exotismus nicht wesentlich von Ausschluss und Fürsorge. Allen liegt ein Bild über sich selbst und die Anderen zu Grunde, das entlang kulturalistischer Markierungen essenzialisiert und hierarchisiert. Das heißt, bestimmte kulturelle Merkmale werden als ihrem Wesen nach zum ›Orient‹ bzw. Islam gehörig definiert, sie seien diesen eigen (Frauenverachtung, Stagnation, Gewalttätigkeit, Missachtung individueller Bedürfnisse und Freiheit etc.), während andere den Kern der eigenen Kultur markieren (Fortschritt, Vernunft, Freiheit, Emanzipation). Bereits in der Auflistung der jeweiligen ›Essenz‹ wird die ihnen zuge-

wiesene Wertigkeit deutlich. Sie legitimiert die Hierarchisierung der Kulturen untereinander. Es erübrigt sich zu begründen, warum ›man‹ mit ›denen‹ nichts zu tun haben will bzw. ihnen helfen muss, sich zu entwickeln. Schließlich waren ›wir‹ (vor Jahrhunderten) auch einmal in dieser Situation. Genau hieran knüpfen exotisierende Argumentationen an, die aus der guten alten Zeit etwas herüberretten wollen – das einfache Leben, Gegenseitigkeit und Gemeinschaftlichkeit, Freude an bunten Farben und einfachen Klängen, Klarheit und Eindeutigkeit in der Aufgaben- und Rollenverteilung usw.

Sowohl die Hinwendung zu der einen als auch zu der anderen Lebensweise verdient Beachtung in ihrer Bedeutung für biographische, soziale, gesellschaftliche Phänomene und Entwicklungen. Es stellt sich allerdings die Frage, wie es dazu kommt, sie kulturell bestimmten Regionen und Religionen zuzuordnen und diese einander diametral gegenüber zu stellen. Zum besseren Verständnis dieses Kulturalisierungsprozesses lohnt ein Blick in die Geschichte.

Lineares Entwicklungsmodell

Die Vorwürfe gegenüber der rückständigen Kultur und Religion suggerieren, dass sie eine Modernitätsdifferenz thematisieren. Kritik am islamischen Kopftuch etwa wird – in wohlmeinenden Kontexten – mit bäuerlichen Kopftüchern hierzulande oder vergessenen geglaubten Traditionen in der eigenen Familie verglichen. Die ›westliche‹ Moderne hätte diesen überholten Gepflogenheiten ein Ende gesetzt, Muslime könnten das auch schaffen. Damit wird Geschichte als universell und linear interpretiert, auch wenn zuvor die Differenz als religiös-kulturell bezeichnet wurde. Beide Argumentationen führen jedoch in die

und Exotismus

VON IMAN ATTIA

Irre: Kopftücher (und andere Kopfbedeckungen, auch männliche) hatten zu verschiedenen Zeiten und in unterschiedlichen Kontexten jeweils unterschiedliche Bedeutungen. Während sie teilweise tatsächlich von Bäuerinnen getragen wurden, waren sie andernorts privilegierten Frauen vorbehalten und Sklavinnen verboten oder dienten jungen, intellektuellen Frauen dazu, sich von Bäuerinnen und Arbeiterinnen sowie der Elterngeneration abzugrenzen. Auch zur Markierung religiöser oder kultureller Zugehörigkeit konnten sie sehr unterschiedlich eingesetzt werden. Bereits in kolonialen Diskursen und Praxen nahmen europäische Männer Anstoß daran: Die Kolonisatoren wurden gesehen, ohne selbst zu sehen; sie hatten keinen Zugriff auf einheimische Frauen und damit weder Verfügungsgewalt über ihre Sexualität noch Einflussmöglichkeiten auf sie in ihrer Bedeutung für die außermilitärische Kolonisierung in sozialen und gesellschaftlichen Bereichen. Diskurse über verschleierte Frauen bedienen stets auch sexuelle Phantasien, wie dies vor allem in den Märchen aus Tausendundeiner Nacht, im Bauchtanz und in den malerischen Haremsdarstellungen zum Ausdruck kommt. Mit den Gründen einzelner Frauen, (k)ein Kopftuch zu tragen, haben diese Bilder nur mittelbar zu tun – ihre Entscheidung, (k)ein Kopftuch zu tragen, wird sicherlich von diesen Bildern und Diskursen beeinflusst, da sie damit konfrontiert werden. Darüber hinaus tragen andere, auch religiöse oder kulturelle Überlegungen und Gewohnheiten zu der persönlichen Entscheidung bei. Die vielfältigen Bedeutungszusammenhänge des Kopftuchtragens weisen in unterschiedliche Richtungen – nur nicht in linearhistorische. Westliche Diskurse über das Kopftuch zeigen auch, wie sehr die erhitzte Debatte mit eigenen Interessen und Bedürfnissen zu tun hat. Diese werden nun theoretisch im Rahmen des Orientalismus-Konzepts analysiert.

Orientalismus

Orientalismus meint die Essenzialisierung ›des Orients‹ als Gegenbild des Westens. Der Literaturwissenschaftler Edward Said hat einen wesentlichen Anstoß zur Diskussion des Orientalismus in den USA und einigen westeuropäischen Ländern gegeben. Er analysierte die Konstruktion eines genuin vom Westen unterschiedenen Orients in Kultur und Theorie, die im Dienst westlicher Machtbestrebungen, insbesondere des Kolonialismus steht. In Auseinandersetzung mit seiner These werden seither kulturelle und theoretische Arbeiten auf ihren Beitrag zur Klischeebildung über ›den Orient‹ hin untersucht. Literatur- und Sozialwissenschaftler, Kunst- und andere Historikerinnen, Geographinnen und Pädagogen spüren in ihren

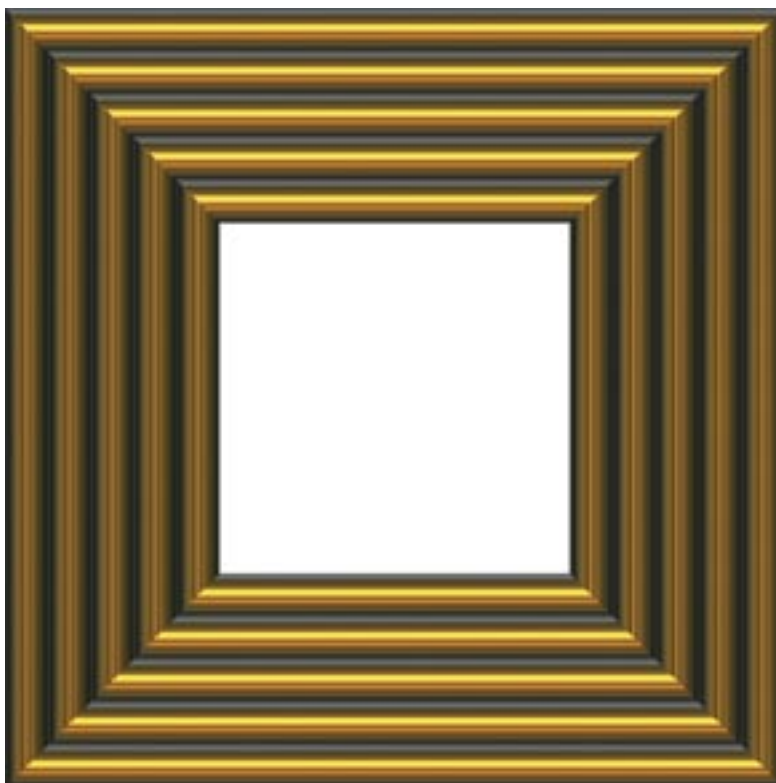


Foto: Gerd Altmann-Geralt/pixello

jeweiligen Arbeitsfeldern und Theoriediskursen jene Mechanismen auf, die das Bild ›des Westens‹ über ›den Orient‹ prägen und weiterhin prägen. Dabei wird kritisch angemerkt, dass es ebenso wenig ›den Westen‹ wie ›den Orient‹ gibt: Es lassen sich neben



**Neu erschienen:
„nah & fern“ Ausgabe 41**

Migration und Gesundheit

Karlsruhe, 27. April 2009. Die Wechselwirkungen zwischen Sprache, Kommunikation und Kultur spielen in der Medizin und im Gesundheitssystem eine immer größere Rolle. nah & fern berichtet in Ausgabe 41 über kulturell geprägte Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, über die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten sowie über den Stand der transkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen. Ausgabe 41 ist ab sofort für 6 Euro (zzgl. Versandkosten) erhältlich.

Die Beiträge des Themenschwerpunkts:

- Interview mit Meryam Schouler-Ocak: Macht Benachteiligung krank?
- Birsen Kahraman: Kulturelle Pathologisierung und Machtdifferenz. Aspekte einer kultursensiblen Therapiebeziehung
- Stefan Gaitanides: Konfliktlösung durch reflexive interkulturelle Kompetenz. Ein Anforderungsprofil und ein Leitfaden
- Interview mit Ramazan Salman: „Jeder Mensch hat das Recht, verstanden zu werden“
- Bärbel Reuter / Gaby Voigt: Wie Pinar krank wurde. Krankheit als soziokulturelles Konstrukt
- Ein Gespräch in der Pflegedirektion des Städtischen Klinikums Karlsruhe: „Ängste besser verstehen lernen“
- Georgia M. / Bernd S.: Griechisch-deutscher Abschied. Ein Zwiegespräch
- Transkulturelles Gesundheitswesen: Buchtipps und Links

nah & fern

Das Kulturmagazin „nah & fern“ berichtet über Migration, Partizipation sowie benachbarte Themen in Politik, Arbeitswelt, Gesellschaft und Kultur. Zentral ist dabei die Frage, ob und inwiefern Migrantinnen und Migranten gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben in Deutschland und anderen Ländern teilhaben können. „nah & fern“ bietet Analysen, Interviews, Meinungsbeiträge, Erfahrungsberichte und literarische Texte; außerdem gibt es in jedem Heft einen Serviceteil mit nachahmenswerten Projekten, Ideen und Kampagnen sowie Buch- und Veranstaltungstipps. Weitere Informationen sind im Internet unter www.nahundfern.info erhältlich.

**nah & fern. Das Kulturmagazin für Migration und Partizipation.
60 S., geh., zahl. Abb., von Loeper Literaturverlag Karlsruhe, € 6,00
ISBN: 978-3-86059-541-1, ISSN: 1863-4869**

**Presse-
Information**

Abdruck kostenlos gestattet. Gerne senden wir Ihnen weitere Informationen und Bildmaterial. Belegexemplar erbeten an:

**von Loeper
Literaturverlag**

**Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit**

Daimlerstr. 23b
D-76185 Karlsruhe

Fon: 0721/464729-200
Fax: 0721/464729-099
E-Mail:
info@vonLoeper.de
Internet:
www.vonLoeper.de