



# Migration über unsichtbare Grenzen?

Überlegungen zu Gesundheit, Kultur und Migration anhand eines Fallbeispiels einer ehemaligen DDR-Bürgerin und ihrer „Migration“ in den Westen

ELFRIEDE STEIGERWALD

**Ein Verständnis für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit erfordert unter anderem die Berücksichtigung von Veränderungen des kulturellen Umfeldes. Die Biographie einer ehemaligen DDR-Bürgerin veranschaulicht, dass diese Aspekte auch dann eine Rolle spielen, wenn es sich um eine Migration über nicht mehr existierende Grenzen handelt.**

**Schlüsselwörter:** Migration, innerdeutsche Migration, Familie, Gemeinschaft, Kultur

Wo liegt der Schnittpunkt zwischen Kultur und Gesundheit? Welche Herausforderungen aber auch Wachstumsmöglichkeiten sind mit einer Migration in ein fremdes kulturelles Umfeld verbunden? Mit diesen und ähnlichen Fragen beschäftigte ich mich im Rahmen des Seminars „Salutogenese und ärztliche Praxis“ an der Universität Göttingen. Neben allgemeinen Überlegungen zu Gesundheit, Kultur und Migration hatte ich die Möglichkeit ein biographisches Interview mit einer ehemaligen DDR-Bürgerin zu führen, welche viele Jahre nach dem Fall der Berliner Mauer in den Westen „migriert“ ist. Die Geschichte dieser Frau gibt Hinweise darauf, dass „nicht mehr existierende Grenzen“ dennoch unbewusst weiter als solche erlebt werden können und aus salutogenetischer Perspektive durchaus eine Rolle spielen.

## Gesundheit, Kultur und Migration

Die enge Verwobenheit von Gesundheit und Kultur wird anhand des Modells der Salutogenese von Antonovsky schnell deutlich: Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) bestehend aus den

drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutung bestimmen, inwiefern vorhandene Ressourcen eingesetzt werden können, um die Gesundheit zu erhalten und das Wohlbefinden zu steigern [Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 28]. Ein starkes Kohärenzgefühl entwickelt sich nach Antonovsky durch wiederholte und konsistente Erfahrungen [Antonovsky 1989, zitiert nach Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 31], wobei „ein stabiles kulturelles Umfeld (und) ein starker sozialer Zusammenhalt“ [Antonovsky, 1987, zitiert nach Mayer, 2012, S.19] von großer Bedeutung sind.

Diese Annahme Antonovskys lässt sich schnell nachvollziehen, geht man von Kultur als einem erlernten und konstruierten Bedeutungssystem aus, welches dabei hilft „Ähnlichkeiten“ und „Unterschiede“ zu kategorisieren. Kultur hat dabei einerseits eine identitätsbildende Rolle und ermöglicht es andererseits, Erfahrungen und Eindrücke einordnen zu können und ihnen Sinnhaftigkeit zu verleihen [Tuschinsky, 2012]. Erlebnisse in einem vertrauten kulturellen Umfeld stärken demnach das Kohärenzgefühl, weil Reaktionen, Verhaltensweisen und Ereignisse verstanden werden und Situationen als bewältigbar wahrgenommen werden. Ein Wechsel in eine fremde Kultur, also eine Migration, erfordert dagegen das Erlernen von neuen Handlungs- und Interpretationsmustern, was eine große Anpassungsleistung verlangt, die zugleich Wachstumsmöglichkeiten, aber auch ein erhöhtes Risiko für Krisen birgt.

..., dass „nicht mehr existierende Grenzen“ dennoch unbewusst weiter als solche erlebt werden können.

In der Literatur findet sich zwar eine ganz leichte, oft nicht signifikante Tendenz zu erhöhten Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund, diese Tendenz ist jedoch nicht verallgemeinerbar, da es sich bei „den Migranten“ um eine extrem heterogene Gruppe handelt [Bermejo et al., 2010, Gläser et al., 2009, Mewes et al., 2010]. In jedem Fall scheinen Menschen mit Migrationshintergrund jedoch durch eine spezifische Vulnerabilität gekennzeichnet zu sein, da das Migrationsereignis eine zusätzliche psychologische Entwicklungsaufgabe darstellt.

Darüber hinaus findet sich in der Literatur ein eindeutiges Missverhältnis zwischen den Prävalenzen psychischer Erkrankungen und der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen: Menschen mit Migrationshintergrund beanspruchen Versorgungsmöglichkeiten des Gesundheitssystems deutlich weniger als die Mehrheitsbevölkerung [Bär, 2011; Penka et al., 2012; Lindert et al., 2008]. Zu den bedeutendsten Gründen für diese Fehlvorsorgung gehören Sprachbarrieren, kulturell bedingte Differenzen bezüglich der Krankheitskonzepte und der Art und Weise, Beschwerden zu empfinden und zu äußern und Unterschiede in den Behandlungserwartungen und im Hilfesuchverhalten [Brucks, 2004].

## Deutsch-deutsche Migration

Alle weiter oben erläuterten Aspekte zu Gesundheit, Migration und Versorgung beziehen sich auf Studien zu Migration im interkulturellen Setting. Migration bedeutet jedoch lediglich das „Überschreiten von Kulturgrenzen“ [Machleidt, 2007, S.3] und kann sich demnach auch auf Migrationsprozesse innerhalb eines Landes beziehen, wie etwa auf die deutsch-deutsche Migration.

Zwischen 1949 und 1990 überschritten Hunderttausende von Menschen auf legalem oder illegalem Weg die innerdeutsche Grenze, um sich „im Westen“ ein neues Leben aufzubauen. Auch diese Menschen verließen ihr vertrautes kulturelles Umfeld und wurden mit einem ihnen mehr oder weniger fremden kulturellen Bedeutungssystem konfrontiert.

Heute existiert diese Grenze nicht mehr und heute würde auch kaum jemand von einer Migration aus dem ehemaligen Ostdeutschland in das ehemalige Westdeutschland sprechen. Möglicherweise gibt es jedoch auch heute noch, 26 Jahre nach der Wende, kulturelle Differenzen, die Menschen bei einer innerdeutschen „Migration“ vor salutogenetisch relevante Herausforderungen stellen. Dieser Hypothese soll anhand des folgenden Fallbeispiels nachgegangen werden.

## Fallbeispiel: Frau N. – Biographische Daten

Frau N. wurde 1988 in S-Dorf in der damaligen DDR als jüngeres von zwei Kindern geboren. Ihr Bruder ist fünf Jahre älter als sie. Ihre Eltern stammen ursprünglich aus dem östlichen Sachsen, zogen aber aufgrund ihres Studiums nach S-Dorf, im Norden der DDR. Dort wuchs Frau N. zunächst in einer Plattenbausiedlung auf: „Das war viel Beton und viel grau“ erinnert sie sich.

Die Mutter von Frau N. ist Ärztin und hatte im Krankenhaus viel zu tun. Mit der Wende 1989 sind viele Ärzte und Ärztinnen in den Westen ausgewandert, wodurch im ehemaligen Ostdeutschland ein großer Arzt/innenmangel entstand, den die dort gebliebenen Ärzte und Ärztinnen kompensieren mussten.

Frau N.'s Vater arbeitete bei der Kripo und war nebenher Berufssportler. Sein Abitur holte er nach, als Frau N. bereits älter war, um noch studieren zu können und bei der Kripo einen höheren Dienst anzutreten. Frau N.'s Eltern waren politisch nicht aktiv.

Die Großeltern mütterlicherseits arbeiteten als Glaser und Erzieherin. Auch die Großmutter väterlicherseits war als Erzieherin tätig, ihr Mann arbeitete als Ingenieur.

## Historische Einbettung

Frau N. kam ein Jahr vor der Vereinigung zwischen West- und Ostdeutschland in der DDR zur Welt und gehörte damit zur sogenannten „Dritten Generation Ost“. Die Situation, in die sie hineingeboren wurde, zeichnete sich einerseits dadurch aus, dass Ost- und Westdeutschland schon seit vielen Jahre getrennt waren. Über knapp 40 Jahre hinweg waren beide Teile von Deutschland unterschiedliche, wenn nicht gar gegensätzliche

Ein Wechsel in eine fremde Kultur, also eine Migration, erfordert das Erlernen von neuen Handlungs- und Interpretationsmustern.

politische, wirtschaftliche, soziale und völkerrechtliche Wege gegangen. Das heißt Frau N. kam zu einem Zeitpunkt zur Welt, zu dem sich die kulturellen Bedeutungssysteme zwischen West- und Ostdeutschland vermutlich schon relativ stark voneinander unterschieden. Andererseits

zeichnet sich die Zeit ihrer Geburt durch die Reformpolitik von Michail Gorbatschow aus, durch Hoffnung auf Veränderung und durch immer stärker werdenden Unmut in der Bevölkerung.

## Frühe Kindheit: Enger Familienzusammenhalt

Frau N. war das erste Jahr nach ihrer Geburt mit ihrer Mutter zuhause. Dies war ein für die DDR eher unübliches Privileg, insbesondere weil ihre Mutter als Ärztin tätig war. Schon sehr früh im Gespräch mit Frau N. wird deutlich, dass diese erste Zeit mit ihrer Mutter eine sehr enge Beziehung zwischen den beiden entstehen ließ, die bis heute erhalten geblieben ist. Möglicherweise auch verstärkt durch das Bewusstsein der Mutter, dass eine solch intensive erste Zeit mit ihrem Kind sehr ungewöhnlich war. Einen Hinweis auf die enge Beziehung zwischen Mutter und Tochter

gibt beispielsweise die Tatsache, dass Frau N. im Interview an erster Stelle sehr ausführlich von ihrer Mutter berichtet.

Mit einem Jahr kam Frau N. dann in die Kinderkrippe und erinnert sich an strenge Regeln, kann darüber aber lachen. Sie erzählt von der Schlafsituation in der Kinderkrippe, wo alle Kinder in ihren kleinen Bettchen „Reih an Reih“ geschlafen hätten. Einmal sei sie heimlich und unerlaubt aus ihrem Bettchen aufgestanden und habe auch die anderen Kinder mit angestiftet aus dem Fenster zu schauen. Das sei aber eine totale Ausnahmesituation gewesen, wie Frau N. mit etwas Stolz betont: „Sonst war ich total brav und ganz angepasst“.

Es ist interessant, dass Frau N. hier das Wort „angepasst“ verwendet, um zu beschreiben, dass sie ein „gutes, braves Kind“ war. Hinter diesem Wort verbirgt sich eine kollektive Gemeinschaft, in der jedes Mitglied das Bestreben hat, sich möglichst einzugliedern, nicht aufzufallen... sich eben „anzupassen“. Würde jemand aus Westdeutschland auch stolz betonen, dass er als Kind ganz angepasst war? Vor dem Hintergrund eines individualistischen Gesellschaftsbildes wäre wohl eher zu vermuten, dass „angepasst sein“ im „westdeutschen Kulturkreis“ leicht negativ konnotiert ist und mit einem Mangel an Selbstbewusstsein oder herausragenden Leistungen assoziiert wird.

Natürlich bewegt man sich hier auf einer rein spekulativen Ebene. Bei der Aussage „ganz angepasst sein“ schwingt jedoch etwas mit, das möglicherweise für das weitere Verständnis von Frau N.'s Biographie hilfreich ist und das für sie scheinbar in der frühen Kindheit eine zentrale Rolle spielte: Gemeinschaft, Kollektiv, Dazugehören.

Nach der Kinderkrippe bzw. später nach dem Kindergarten, waren Frau N. und ihr älterer Bruder häufig bei den Großeltern, auch mit den Cousins und Cousinen hätte sie viel gespielt „Wir waren all' irgendwie sehr eng“. Auch im weiteren Gesprächsverlauf wird deutlich, dass es eine sehr enge Familiengemeinschaft gab: „Also ich hab meine Eltern schon sehr vermisst, weil ich hatte sie einfach so so gerne, dass ich natürlich nicht verstanden habe, warum ich in den Kindergarten gehen musste“.

Es ist interessant, dass Frau N. beschreibt, dass sie „natürlich“ nicht verstanden habe, warum sie nicht immer bei ihren Eltern sein konnte. Diese Äußerung impliziert, dass jedes Kind am liebsten immer bei den Eltern in der Familiengemeinschaft sein würde. Viele Kinder gehen jedoch gerne und fraglos in den Kindergarten, oft ist es ihnen bei den Eltern viel zu langweilig. Für Frau N. scheint jedoch immer klar gewesen zu sein – das schwingt zumindest in ihrer Aussage mit –, dass es in der Familie immer am schönsten ist. Sie erinnert sich auch daran, sehnsüchtig am Fenster gestanden und auf die Mutter gewartet zu haben.

Die Ferien und Urlaube beschreibt Frau N. als „besonders schöne Zeit“, wo sie häufig auch mit den Großeltern und anderen Familienmitgliedern verreisten. Die Sehnsucht nach der

Familiengemeinschaft war auch für Frau N.'s Eltern ein zentrales Thema und bewegte sie 1992 dazu wieder zurück nach Ostachsen in die Nähe von Frau N.'s Großeltern zu ziehen.

### Schulzeit: Übergang von Kindheit zu Jugendzeit

Ab 1995 ging Frau N. zur Grundschule, diese Zeit beschreibt sie als relativ unspektakulär. Neben der Schule hatte sie viele Aktivitäten, wie Gitarrenunterricht und Tanzen. „In dieser Zeit habe ich meine Eltern auch nicht mehr so viel vermisst“. Es ist interessant, dass Frau N. ihre Kindheit und Jugendzeit ungefragt einteilt, in die Zeit, in der sie ihre Eltern vermisste und Sehnsucht nach ihnen

hatte, und die Zeit, wo dies nicht mehr der Fall war. Es scheint also in ihrer frühen Kindheit eine Zeit gegeben zu haben, in der ihr starkes Bedürfnis nach Familiengemeinschaft aus ihrer Perspektive nicht befriedigt wurde.

Aufgrund ihres frühen Wunsches Ärztin werden zu wollen, erinnert sie sich im Gymnasium viel Druck gehabt zu haben, um gute

Noten für einen Medizinstudienplatz zu bekommen.

Mit 15 Jahren war Frau N. für einen 3-wöchigen Schüleraustausch in den USA. Zum ersten Mal trennt sie sich für eine längere Zeit räumlich von ihrer Familie. Sie erinnert sich an sprachliche Hürden, die sie nicht überwinden konnte, was in ihr Heimwehgefühle auslöste. Während dieser Zeit entwickelte sich bei Frau N. eine Neurodermitis, die sich in ihrem weiteren Leben in Zeiten der Einsamkeit immer wieder verschlechtern wird. 2007 machte Frau N. dann ihr Abitur.

### Zwischen Schule und Studium: Suche nach dem richtigen Ort

Nach der Schule ging Frau N. für einige Monate in die Schweiz, um ihr Pflegepraktikum für das spätere Medizinstudium zu machen. Diese Zeit beschreibt Frau N. als „total glücklich“. Dort habe sie in einem Kloster gewohnt mit einer Gemeinschaftsküche. Sie habe sich in der Klostersgemeinschaft sehr gut aufgenommen gefühlt. Mit der Erfahrung einer herzlichen Gemeinschaft in der „Fremde“ erwuchs in ihr das Bedürfnis möglichst weit weg von den Eltern und der Familiengemeinschaft zu ziehen – ein Bedürfnis nach Abnabelung. Weil sie aufgrund ihrer Note noch keinen Medizinstudienplatz bekam, bewarb sie sich in Berlin für eine Ausbildung als Rettungssanitäterin.

Dort konnte sie jedoch keinen richtigen sozialen Anschluss finden und es ging ihr zunehmend schlecht. Sie fühlte sich alleine und traurig, was die Auswirkung hatte, dass sie im Geiste wieder der Mutter und der Familiengemeinschaft näher kam. Körperlich hatte diese Traurigkeit und das Alleinsein Auswirkungen auf ihr Hautbild: ihre chronische Neurodermitis verschlechterte sich

Migration bedeutet das „Überschreiten von Kulturgrenzen“ und kann sich demnach auch auf Migrationsprozesse innerhalb eines Landes beziehen.

deutlich. Lange Telefonate mit der Mutter hätten ihr in dieser Zeit am meisten geholfen.

### Medizinstudium: Krisenzeit und Bewältigung

2010 bekam Frau N. dann den lang erwünschten Studienplatz für Medizin und zog „Hals über Kopf“ nach Göttingen. Aufgrund von schlechten Erfahrungen in einer Wohngemeinschaft verließ sie diese schon nach einer Woche wieder und wohnte anschließend alleine.

Das Ankommen in Göttingen sei nicht sehr leicht für sie gewesen, das Studium habe wenig „Raum und Energie für das eigene Wohlbefinden“ gelassen. Frau N. beschreibt, dass es nur noch ein Ziel gegeben habe: das Physikikum zu bestehen, sonst sei sie „eine Null, eine Niete“. Aufgrund ihrer erneuten Einsamkeit ohne Gemeinschaft klammerte sich Frau N. scheinbar ganz an ihr Studium. Die Aussage, dass sie ohne das Bestehen des Physikums ein „Nichts“ sei, was sie sogar doppelt betont („eine Null, eine Niete“) macht das Ausmaß ihrer Einsamkeit, aber vielleicht auch den inneren Vergleich mit der eng verbundenen Mutter sehr deutlich. Frau N. zieht eine Parallele zu der Zeit in Berlin. Wieder habe sie sich einsam gefühlt, wieder habe sich ihre Neurodermitis verschlechtert und wieder sei sie sehr unglücklich gewesen.

An dieser Stelle ihrer Biographie stellt sich die Frage, ob es sich bei der Einsamkeit von Frau N. in ihrem neuen Wohnort und Studium um ein häufiges und „normales“ Phänomen handelt, welches viele Studenten und Studentinnen ... scheint es in einer solchen Situation erleben. Diese Frage kann sicher durchaus Parallelen eindeutig mit „ja“ beantwortet werden. Es finden sich im zwischen einer internationalen Migration und einer deutsch-deutschen Migration zu geben. Internet zahlreiche Foren mit Titeln wie „Einsam im Studium“ und ähnlichen. Insbesondere in den „Massenuniversitäten“ sei das Knüpfen sozialer Kontakte für viele Studenten und Studentinnen schwer, betont ein Autor der Berliner Zeitung [Berliner Zeitung, 2014].

Aus ihren Erzählungen geht jedoch hervor, dass ihre Einsamkeit über dieses „normale“ Phänomen hinaus ging und eindeutig auch etwas mit dem ihr fremden, kulturellen Umfeld zu tun hatte. Frau N. habe das Gefühl gehabt, dass ihre Einsamkeit von ihrem sozialen Umfeld nicht verstanden wurde. Mit Freunden aus der Kindheit (aus der ehemaligen DDR) sei auch heute noch alles sofort vertraut, das beziehe sich auf die Sprache, aber auch „naja, man tickt halt vielleicht auch ein bisschen gleich“. Frau N. kann offensichtlich nicht genau in Worte fassen, was sie in sich spürt, sie scheint aber einen Unterschied in der Art der Menschen im ehemaligen West- und Ostdeutschland wahrzunehmen. „Ich denke schon, dass das auch was mit dem Alleine-Gefühl zu tun hat.“ Zuhause (in der ehemaligen DDR) sei alles mehr familienzentriert.

Auch in dieser Zeit habe Frau N. lange Telefonate mit ihrer Mutter als wichtige und einzige Ressource empfunden.

Zwei zentrale Aspekte scheinen also in der Biographie von Frau N. zusammenzuspielen, welche gemeinsam zu einer schweren Lebenskrise führen. Einerseits das starke und tief eingeprägte Bedürfnis nach Familie und Gemeinschaft und die räumliche Trennung zur Familie, und andererseits das Gefühl in einem Umfeld zu leben, in dem dieser Trennungsschmerz nicht verstanden wird. Mit anderen Worten: Frau N. hatte das Gefühl in einem Umfeld zu leben, wo sie ihren Trennungsschmerz nicht in das dortige (kulturelle) Bedeutungssystem einordnen konnte. Eine gegensätzliche Erfahrung hatte sie zuvor in der Schweiz gemacht. Dort war sie trotz der Fremde in eine Gemeinschaft aufgenommen worden, sie wurde verstanden und Dinge wie Trennungsschmerz schienen nicht relevant zu sein. Aus salutogenetischer Perspektive war es für Frau N. in Göttingen demnach schwierig, ihr zentrales Bedürfnis nach Gemeinschaft in einer fremden Kultur als sinnvoll und zusammenhängend zu erleben, was zu einer schweren Lebenskrise führte.

Nach dem Physikikum 2012 ging es Frau N. noch etwas schlechter, sie spricht von einer „leichten Depression“. Sie habe sich professionelle Hilfe bei einer Beratungsstelle gesucht, habe sich dort aber auch nicht verstanden gefühlt. „Ich hatte nicht das Gefühl, dass mir wirklich jemand helfen kann“, sagt Frau N. Bei dieser Äußerung muss man offen lassen, ob damit ein depressions-typisches Symptom der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit ausgedrückt wird, oder ob sich die Äußerung darauf bezieht, dass Frau N. sich in einem Umfeld befand, in dem sie sich so wenig verstanden fühlte, dass sie sich deswegen keine Hilfe vorstellen konnte.

Doch noch im selben Jahr habe sie ihren jetzigen Mann kennengelernt, den sie 2013 geheiratet und mit dem sie 2014 einen kleinen Sohn bekommen habe. Seit dieser Begegnung seien alle Traurigkeit und alles Alleinsein weg und ihr Hautbild habe sich wieder gebessert. Auch nach der ersten Phase des Verliebtseins seien diese Symptome nicht wieder aufgetreten. Frau N. schafft sich also in relativ kurzer Zeit eine neue Ressource, die so groß ist, dass sie ihre Lebenskrise bewältigen kann.

### Diskussion

Wie die Biographie von Frau N. sehr anschaulich zeigt, scheinen die eingangs erläuterten Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Kultur auch dann von Bedeutung zu sein, wenn es sich um eine „Migration über unsichtbare Grenzen“ handelt. Fraglos spielen Dinge wie Aufenthaltsstatus oder der Zugang zum Gesundheitssystem bei ihr im Gegensatz zu Migranten aus anderen Ländern keine Rolle. Trotzdem wird bei der Analyse ihrer Biographie deutlich, dass sie sich mit ihrem Umzug in das ehemalige Westdeutschland in ein anderes kulturelles Umfeld bewegt, in dem es trotz gleicher Sprache zu Missverständnissen kommen kann, weil sich der Bedeutungsinhalt der Sprache unterscheidet (z.B. „angepasst Sein“) und wo es ihr schwerfällt, ihren Erfahrungen mit



Einsamkeit und Traurigkeit Sinnhaftigkeit zu verleihen. Auch Olaf Klein betont in seinem Buch „Ihr könnt uns einfach nicht verstehen“, dass hinter den häufig vorkommenden Missverständnissen zwischen Menschen aus den alten und neuen Bundesländern „grundsätzlich andere kulturelle und mentale Prägungen, Erwartungen und Selbstverständlichkeiten“ [Klein, 2009, S. 3] stehen.

Zusammenfassend scheint es durchaus Parallelen zwischen einer internationalen Migration und einer deutsch-deutschen Migration zu geben. Die Tatsache, dass „Migranten“ aus den neuen Bundesländern wie auch Frau N., anders als internationale Migranten, nicht unbedingt als solche auffallen, erschwert möglicherweise die Thematisierung der kulturellen Differenzen, da die Unterschiede nicht offensichtlich sind. Dies kann für Menschen wie Frau N. eine zusätzliche Hürde darstellen. Interkulturelle Sensibilität im ärztlichen Kontext aber auch in Alltagssituationen sollten sich daher nicht auf „offensichtlich fremde Menschen“ beschränken, sondern sollten im Umgang mit jedem Menschen eine Rolle spielen!

## Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlich bei Frau N. für ihre Offenheit bedanken, die mir trotz ihres kleinen Kindes und ihrer Arbeit geduldig ihre Geschichte erzählte. ■

## Literatur

- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal* 10, 5-10.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H., (2001). Was erhält Menschen gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Berliner Zeitung, 2014. Einsam auf dem Hochschulfur. Zugriff am 23.11.2014, von <http://www.berliner-zeitung.de/archiv/kontaktarmut--das-problem-vieler-studenten-einsam-auf-dem-hochschulfur,10810590,8958128.html>
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37(05), 225-232.
- Brucks, u., (2004). Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland – Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro* 30 (4), 228-231.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax*, 36, 16-22.
- Klein, O. G. (2009). Ihr könnt uns einfach nicht verstehen: Warum Ost- und Westdeutsche aneinander vorbeireden. Zugriff am 24.11.2014, von [http://www.olaf-georg-klein.de/downloads/lp\\_ihr\\_koennt\\_uns.pdf](http://www.olaf-georg-klein.de/downloads/lp_ihr_koennt_uns.pdf)
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M., & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58(3-4), 123-129.
- Mayer, C.-H., (2011). Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz im ärztlichen Gespräch. In Bahrs, O., (Hrsg.), „Ohne Probleme ist das Leben langweilig“. Materialien zur interkulturellen Kommunikation in der ärztlichen Praxis. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung
- Mewes, R., Rief, W., Martin, A., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2010). Somatoforme Symptome, Angst und Depression bei Migranten aus der Türkei, aus Osteuropa und aus der ehemaligen Sowjetunion. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(3), 165-171.
- Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Kluge, U. (2012). Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/ psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(9), 1168-1175.
- Rosenthal, G. (2005). *Interpretative Sozialforschung*. Eine Einführung. Juventa: Weinheim, München.
- Tuschinsky, C., (2012). Der Mensch, *Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin*, 47 (2)

## Elfriede Steigerwald

geb. 1987  
 2007 Abitur  
 2007-2008 Freiwilligendienst in verschiedenen Behinderteneinrichtungen in Indien  
 2009 Studium der Medizin an der Georg August Universität Göttingen  
 2009-2013 Bachelor Psychologie an der Georg August Universität Göttingen  
 2013-2015 Master Psychologie an der Georg August Universität Göttingen, aktuell: Masterarbeit zum Thema Salutogenese und Arzt-Patienten Kommunikation



Quelle: Autor

# Gesundheit zwischen den Menschen

3. DachS-Symposium vom 6. bis 8. Mai 2016 in Göttingen

Gesundheit und Krankheit bilden sich zugleich in und zwischen den Menschen und ihrer Umwelt. Vor diesem Hintergrund fokussiert die Veranstaltung *Zwischenräume*, die unser Leben prägen: Beziehungsqualitäten, Interaktionen, Kommunikationen sowie systemische Resonanzen.

Das Symposium führt der Dachverband Salutogenese in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) durch.

Weitere Informationen finden Sie auf der 4. Umschlagseite dieser Zeitschrift und im Internet unter:

[www.salutogenese-dachverband.de](http://www.salutogenese-dachverband.de)