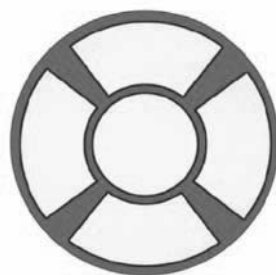


Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland



Dokumentation der Fachtagung
am 6. November 2003 in Köln

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland,
Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke,
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

Redaktion: Peter Göddertz

Textgestaltung: Monika Grollius

Titelbild: www.photocase.com / Oliver Ochmann

Druck: Hausdruckerei, Landschaftsverband Rheinland

Bestellungen: www.lvr.de

Köln, im Februar 2004

Unveränderte 3. Auflage: 500 Stück im Dezember 2007

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

1.	Begrüßung und Eröffnungsrede Rainer Kukla	5
2.	Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten - Ziele und Perspektiven aus der Sicht des Landes Nordrhein-Westfalen Elke Slawski-Haun	8
3.	Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland - Eine Bestandsaufnahme - Dr. Mehmet Toker	13
4.	Zwei Praxisprojekte stellen sich vor:	
4.1	Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln Arif Ünal	21
4.2	Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg e. V. Uwe Komes	26
5.	Interkulturelle Kompetenz - Ein neues Modewort oder eine notwendige / zeitgemäße Grundhaltung? Dr. Thomas Hegemann	31
6.	Die 12 Sonnenberger Leitlinien - Eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung - Dr. Yesim Erim	38
7.	Podiumsdiskussion - Mitschnitt - Moderation: Arnd Schwendy	43
	Verzeichnis der Referentinnen und Referenten	52

Rainer Kukla

Begrüßung

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Gäste,

ich möchte Sie sehr herzlich im Namen des LVR zu unserer Fachtagung „Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland“ begrüßen.

Besonders begrüßen darf ich die Damen und Herren der Landschaftsversammlung Rheinland, die mit ihrer Teilnahme ihr Interesse signalisieren. Herzlichen Dank.

Diese Tagung ist schon insoweit etwas Besonderes als es sich um eine Kooperationsveranstaltung handelt: Den wichtigsten Anteil bestreiten nämlich die beiden Mitveranstalter - das *Gesundheitszentrum für MigrantInnen Köln* und die *Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg*. Sie haben maßgeblich das Programm des heutigen Tages vorbereitet, die Inhalte gemeinsam mit dem Amt für Planung und Förderung des Landschaftsverbandes festgelegt und die Referentinnen und Referenten ausgewählt. Dafür möchte ich Ihnen schon jetzt herzlich danken.

Der Landschaftsverband Rheinland hat sich seit einigen Jahren kritisch und selbstkritisch mit den psychiatrischen Hilfsangeboten für Menschen mit fremder Sprache oder fremdem kulturellen Hintergrund beschäftigt.

Ein wichtiger Anlass dafür war, dass vieles darauf hindeutet, dass wir Menschen mit psychischen Problemen und Störungen mit unseren Hilfsangeboten dann nicht gut erreichen, wenn sie aus einem anderen kulturellen Hintergrund stammen. Viele Migrantinnen und Migranten finden trotz eines erheblichen Problemdrucks nicht den Weg in die verfügbaren Hilfen. Und - wenn sie ihn denn gefunden haben, werden die Angebote ihren spezifischen Prob-

lemen, Bedürfnissen und Erwartungen vielfach nicht ausreichend gerecht.

Die Auseinandersetzung mit Menschen, die aus einer anderen Kultur abstammen, ist immer auch eine Auseinandersetzung mit erlebter Fremdheit.

Nun, Fremdheit ist für die Psychiatrie ein wichtiges Thema - bei jedem Patienten. Psychisch Kranke erscheinen sich selbst und den Anderen oft fremd und eigenartig, fühlen sich falsch verstanden oder verstehen die Anderen nicht. Und es liegt auf der Hand, dass die Herkunft aus einem fernen Land oder das Aufwachsen in einer fremden Sprache und Kultur für das Verständnis einer seelischen Erkrankung und für eine erfolgreiche Therapieplanung Bedeutung haben. Psychiatrie ist - oder sollte es wenigstens sein - eine höchst individuelle Hilfe. Wir benutzen seit einigen Jahren zur Bekräftigung dieses individuellen Anspruchs den Begriff des „Personenzentrierten Ansatzes“. Unser Thema ist - so gesehen - ein Spezialfall des personenzentrierten Ansatzes, des Bemühens, der individuellen Persönlichkeit gerecht zu werden.

Das Thema Migration und Psychiatrie hat aber auch eine weitere Bedeutung: Psychische Erkrankungen betreffen immer den Kern der menschlichen Existenz.

Ein Mensch, der mit einer psychischen Erkrankung bei uns Hilfe sucht, ist also nicht einfach nur „Gast“. Er ist mit seiner ganzen Existenz in unserer Gesellschaft angekommen, und es ist zu fragen, wie wir auf seine Hilfsbedürftigkeit, auf sein seelisches Leiden eingehen.

Wenn wir diese Frage näher betrachten, können wir insgesamt gesehen noch nicht sehr zufrieden sein.

Natürlich bemühen wir uns in unseren Kliniken seit Jahren darum, fremdsprachigen Patientinnen und Patienten - und sei es über Dolmetscher - angemessen zu begegnen. In einigen unseren Kliniken wurden sehr kreative Lösungen entwickelt, z. B. durch Nutzung der eigenen Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Und das ist gar nicht so wenig! In einer Klinik wurden z. B. weit über 30 Fremdsprachen aus Europa, Asien und Afrika erfasst.

Doch die Versorgungsprobleme von Migrantinnen und Migranten gehen über den Bereich der sprachlichen Verständigung hinaus:

Kulturelle, religiöse und soziale Aspekte können Einfluss auf psychische Störungen und auf die psychiatrische Versorgung haben. Über den Zusammenhang zwischen Migration und psychischer Störung können wir uns inzwischen ganz gut informieren, aber zum Verhältnis der Migranten zur Psychiatrie und umgekehrt ist die Datenbasis eher dürftig.

Es ist festzustellen, dass in den Statistiken ein großer Teil der Migrantinnen und Migranten gar nicht bekannt ist. Erfasst wird üblicherweise nämlich nur die Staatsangehörigkeit, und schon die bloße Einbürgerung macht einen Migranten zunächst einmal statistisch unauffindbar. Ob bestimmte Gruppen im Gesundheitswesen quantitativ unter- oder überrepräsentiert sind, ist also gar nicht so leicht zu beantworten.

Wenn wir - insoweit mit Vorbehalten - die Statistik über die Staatsangehörigkeit bei uns aufgenommenen Patienten betrachten, so sehen wir, dass Ausländer gemessen an ihrem Anteil an der Bevölkerung in der psychiatrischen Versorgung unterrepräsentiert sind.

Im Versorgungsgebiet der Rheinischen Kliniken beträgt der Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung etwa 11 bis 13 Prozent. Der Anteil der Ausländer an den Aufnahmen in unseren Klinik betrug dagegen im letzten Jahr (2002) nur 3,9 Prozent, bei Frauen sogar nur 3 Prozent. Be-

sonders in Tageskliniken - Anteil 2,4 Prozent - und in Psychotherapiestationen - Anteil 2,1 Prozent - sind Ausländer unterrepräsentiert; (einen höheren Ausländeranteil finden wir nur im forensischen Bereich mit knapp 10 Prozent.)

Auch in den nicht-klinischen gemeindepsychiatrischen Angeboten sind Migranten unterrepräsentiert. Dabei wären sie besonders auf Unterstützung angewiesen. Vielen fehlt ein belastbares soziales Netz, wie sie es in ihrem Herkunftsland zur Verfügung hatten, manche Familien leben noch materiell und auch psychisch „zwischen den Welten“. Viele Migranten fühlen sich durch das Auftreten einer psychischen Erkrankung bei einem Familienmitglied zusätzlich und besonders stigmatisiert. Es gibt also einen erheblichen Bedarf nach psychosozialen Hilfen und Unterstützung, und es wäre daher zu erwarten, dass z. B. türkische oder jugoslawische psychisch Kranke im Betreuten Wohnen oder als Klienten der Sozialpsychiatrischen Zentren in großer Zahl anzutreffen sind. Dass dies nicht der Fall ist, muss uns zu denken geben.

Mit unserer heutigen Fachtagung setzen wir die Bemühungen um eine bessere psychiatrische Betreuung für Migranten fort, die wir bereits vor einigen Jahren begonnen haben. 1999 haben wir mit der Förderung von migrantenspezifischen Hilfen im Bereich der Gemeindepsychiatrie begonnen.

Im Sozialpsychiatrischen Zentrum Duisburg-Nord haben wir die Einstellung eines türkisch sprechenden Sozialarbeiters gefördert; das Kölner Gesundheitszentrum für MigrantInnen hat ebenfalls einen Zuschuss erhalten.

Diese Förderungen sind auch die Grundlage der heutigen Tagung.

In unseren Kliniken wurde etwa gleichzeitig ein Arbeitskreis aus Repräsentanten der Pflege und der therapeutischen Berufsgruppen aller Kliniken zusammengerufen, der über Möglichkeiten der Verbesserung der Angebote für Patientinnen und Patienten mit einem fremden kulturellen

Hintergrund diskutiert hat. Wir haben über die ersten Ergebnisse unserer politischen Vertretung berichtet. Aufgrund dieser ersten Erfahrungen haben wir uns an die Landesregierung gewendet, da wir der Auffassung sind, dass hier eine landesweite Initiative und Koordination erforderlich ist.

Wir haben schließlich mit unserem Anliegen beim Gesundheitsministerium Gehör gefunden und ich freue mich, dass Frau Slawski-Haun, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen heute zu uns sprechen wird. Sie hat auch auf unsere Anregung hin am 01. April des Jahres in Düsseldorf ein Werkstattgespräch zu diesem Thema veranstaltet. (Die Auswertung dieses ersten landesweiten Werkstattgesprächs liegt noch nicht vor). Ich hoffe, dass trotz der gegenwärtigen Diskussion um Haushaltskonsolidierung und Streichung von Zuschüssen das Land seinen Dialog mit den Leistungserbringern und mit den Betroffenen fortsetzt, um die erforderlichen gesundheitspolitischen Ziele zu formulieren und umzusetzen.

Wenn Sie das Programm unserer heutigen Tagung sehen, so ist eine gewisse Einseitigkeit nicht zu leugnen. Wir haben fast ausschließlich Referenten, die der Gruppe der türkischen Migration zuzurechnen sind. Dies scheint mir jedoch gerechtfertigt, wenn man berücksichtigt,

dass Türken die mit Abstand größte Ausländergruppe in Nordrhein-Westfalen sind. Es sollte sich jedoch nicht der Eindruck verfestigen, dass alle Migranten aus der Türkei kommen und ich glaube, dass die Referentinnen und Referenten des heutigen Tages über genügend interkulturelle Kompetenz verfügen, um uns darzulegen, dass die Probleme, über die sie berichten werden, modellhaft für alle Migrantengruppen, kommen sie aus den Mittelmeerländern, aus Osteuropa oder aus Asien und Afrika, sprechen.

Eines vielleicht noch:

Wir denken über die Integration von Migrantinnen und Migranten in die psychiatrische Versorgung nach, aber wir tun das sicher nicht mit dem Ziel, ein neues Spezialistentum zu fördern oder gar Spezialangebote für die verschiedenen ethno-kulturellen Gruppen aufzubauen. Uns geht es vielmehr darum, spezifische Benachteiligungen zu erkennen und zu überwinden.

Daher verfolgen wir mit der Diskussion über die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Migranten auch das allgemeinere Ziel, die Psychiatrie für alle Menschen hilfreicher und verträglicher zu gestalten.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen informativen und anregenden Tag.

Elke Slawski-Haun

Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten - Ziele und Perspektiven aus der Sicht des Landes Nordrhein-Westfalen

Ich möchte mich sehr herzlich für die Einladung zu dieser heutigen Fachtagung „Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland“ bedanken. Herr Bösche bedauert es sehr, nicht, wie ursprünglich zugesagt und auch im Programm aufgeführt, Sie heute begrüßen zu können. Ein anderer wichtiger Termin, den er leider nicht delegieren konnte, verhinderte dies. Er bittet Sie dafür um Verständnis und hat mich gebeten, Grüße von ihm zu überbringen und seinen Redebeitrag zu übernehmen. Das habe ich gern getan.

Zum Thema:

Unterschiedliche Studien zeigen, dass Migrantinnen und Migranten die Angebote in unserem Gesundheitswesen seltener in Anspruch nehmen als deutsche Mitbürger, auch wenn ihnen diese formal und tatsächlich genauso offen stehen.

Die Zugangsbarrieren sind in der Regel nicht rechtlicher Natur. Es sind Barrieren anderer Art. Den Migrantinnen und Migranten mangelt es häufig an ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache, aber auch an Informationen über die Angebote unseres Gesundheitssystems. Häufig spielen auch Ängste eine Rolle oder es besteht ein gewisses Misstrauen zum Beispiel gegenüber Beratungsstellen bei Gesundheitsbehörden.

Die Institutionen unseres Gesundheitswesens tragen durchaus zur Aufrechterhaltung dieser Barrieren bei. So gibt es immer noch zu wenig muttersprachliches Personal, ebenso mangelt es an interkulturellen Kompetenzen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und oftmals auch ganz schlicht an mehrsprachigem Informa-

tionsmaterial oder an entsprechender Öffentlichkeitsarbeit.

Aufgerufen, aktiv zu werden, sind also beide Seiten, denn Integration und Kommunikation ist ein zweiseitiger, ein wechselseitiger Prozess:

Auf der einen Seite müssen die Zuwanderer selbst Anstrengungen unternehmen, zum Beispiel was den Erwerb der deutschen Sprache anbelangt. Auf der anderen Seite sind die Institutionen unseres Gesundheitswesens in der Pflicht, sich darauf einzurichten, dass Migrantinnen und Migranten mittlerweile Teil unserer Gesellschaft sind.

Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass **alle in unserem Gesundheitssystem Verantwortlichen** in ihren Zuständigkeitsbereichen dafür sorgen müssen, dass die gesundheitlichen Belange von Migrantinnen und Migranten angemessen berücksichtigt werden.

Angesichts der Heterogenität der Menschen mit Migrationshintergrund in unserer Gesellschaft und der zum Teil sehr kleinen Patientenzahlen muss oftmals ein Kompromiss zwischen einer hinreichend wohnortnahen Versorgung und einer fachlich angemessenen Differenzierung und Kompetenz des Beratungs- und Behandlungsangebotes gefunden werden.

Welcher Handlungsbedarf ergibt sich daraus?

In den vergangenen Jahren haben sich viele Fachleute, Gremien und Konferenzen auf unterschiedlichen Ebenen intensiv mit der Frage befasst, wie unser Gesundheitssystem diese Aufgabe bewältigen muss und welche Aktivitäten und Maß-

nahmen notwendig sind, die Versorgung der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger zu verbessern.

Konsens besteht grundsätzlich darüber, dass die gesundheitliche Versorgung und dies gilt sowohl für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten ebenso wie für körperlich Kranke, integriert in den bestehenden (gemeindenahen) Einrichtungen erfolgen muss. Spezialeinrichtungen ebenso wie überregionale Versorgungsangebote erschweren die Integration und fördern die Ausgrenzung.

Für die gesundheitliche Versorgung der Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen sind vorrangig die Akteure des Gesundheitswesens im Rahmen der Selbstverwaltung verantwortlich, deshalb müssen hier die Weichen gestellt werden.

Wie dies schrittweise geschehen kann, dazu hat die **10. Landesgesundheitskonferenz**, in der alle wesentlich Verantwortung tragenden Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens in NRW versammelt sind, im August 2001 konkrete Handlungsempfehlungen verabschiedet.

Ich möchte einige dieser Empfehlungen herausgreifen:

Zur Verbesserung der sprachlichen Kompetenzen und Erhöhung der Kultursensitivität sieht die Landesgesundheitskonferenz es als notwendig an, dass migrationspezifische Aspekte verstärkt im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe berücksichtigt werden.

Mehrsprachigkeit und kulturell vielfältige Lebenserfahrungen als Qualifikationsmerkmale sollen zukünftig stärker gewürdigt und als Bewerbungsvorteile gewertet werden.

Die Entwicklung und der Einsatz von mehrsprachigen zielgruppenorientierten Broschüren und Informationen muss forciert werden.

Die Landesgesundheitskonferenz regt darüber hinaus an, dass die kommunalen Gesundheitskonferenzen als lokaler Koor-

ordinator, Moderator und Impulsgeber verstärkt für die gesundheitlichen Belange von Migrantinnen und Migranten aktiv werden.

Neben der Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat sich im Juli diesen Jahres auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) mit der Integration der Migrantinnen und Migranten im Gesundheitsbereich befasst und hat vergleichbare Empfehlungen ausgesprochen. Die GMK hält eine offensive Auseinandersetzung mit den Fragen und Problemen der Integration der über 7 Mio. Migrantinnen und Migranten in Deutschland auch im Bereich der gesundheitlichen Versorgung für erforderlich.

Fasst man diese Empfehlungen zusammen, dann geht es vor allem um die Öffnung und Qualifizierung des Gesundheitssystems, die Verbesserung der Datenlage einschließlich der Gesundheitsberichterstattung, um die Erhöhung der Kultursensitivität und Verbesserung der Sprachkompetenz der im Gesundheitsbereich Tätigen, ebenso wie der bevorzugten Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie der Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren.

Diese vorgenannten Empfehlungen weisen große Überschneidungen mit den 12 Sonnenberger Leitlinien auf, die im vergangenen Jahr unter Federführung des Referates für transkulturelle Psychiatrie der DGPPN verabschiedet wurden. Wie ich Ihrem Programm entnehmen konnte, werden diese Sonnenberger Leitlinien am heutigen Tag auch hier im Rahmen dieser Fachtagung diskutiert werden.

Ich halte Empfehlungen dieser Art für eine sehr wichtige Voraussetzung, um zwischen vielen Beteiligten über bestimmte Ziele Konsens herzustellen und um eine gemeinsame Plattform für Veränderungsprozesse zu schaffen. Ich halte es allerdings für ebenso wichtig, diese Empfehlungen ganz konkret in Handlungsschritte und Aktivitäten zu überführen.

Festzustellen ist, dass es bundes-, aber auch landesweit weniger an Empfehlun-

gen und Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten mangelt, als daran, diese Empfehlungen konkret in der Praxis zu verankern. Zugegeben, dieser Schritt von der Einschätzung und Bewertung, was getan und was verändert werden muss, hin zur praktischen Umsetzung, ist in vielen Bereichen der schwierigere oder vielleicht der schwierigste Schritt. Diese Situation erleben wir ja auch gerade in vielen aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Debatten.

Sie alle kennen die Diskussion darüber, dass wir in vielen Bereichen weniger ein Erkenntnisproblem haben als ein Umsetzungsproblem. Ich meine, dies trifft in gewisser Weise auch für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und insofern auch für die psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten zu.

Um diesen Prozess von der Empfehlungsauf die Handlungsebene im Bereich der Versorgung von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten anzustoßen, hat das Gesundheitsministerium im April 2003 ein Werkstattgespräch zum Thema „Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen“ veranstaltet. Einige der hier heute anwesenden Referentinnen und Referenten waren an diesem Werkstattgespräch beteiligt.

Ziel dieses Workshops war, einerseits einen Überblick über bewährte Projekte und Konzepte zu gewinnen, andererseits Anregungen zu erhalten, wie die Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund verbessert und insbesondere, wie dieser Entwicklungsprozess unterstützt und forciert werden kann.

Ich hätte mir gewünscht, Ihnen heute hier schon eine Auswertung dieses Werkstattgespräches vorstellen zu können. Das hat leider nicht geklappt. Entweder waren wir zu langsam mit der Auswertung und der Einberufung der Arbeitsgruppe oder Sie waren zu schnell mit dieser heutigen Tagung.

Die Diskussion dieses Werkstattgespräches im April 2003 hat gezeigt, dass es bereits eine Fülle von praktischen Erfahrungen und konzeptionellen Ideen gibt, die jedoch nur zum Teil in anderen Regionen und Institutionen in Nordrhein-Westfalen bekannt sind. Insofern bestand sehr schnell Konsens darüber, dass es hilfreich sein könnte, einen Wissenstransfer, zum Beispiel im Rahmen einer landesweiten Informationsplattform zu installieren.

Konsens bestand auch darüber, dass die bestehenden Erfahrungen und Konzeptionen nicht nur zusammengestellt und ausgetauscht werden müssten, sondern dass es sinnvoll sei, diese fachlich zu bewerten und auf ihre Übertragbarkeit auf andere Institutionen und Regionen zu überprüfen. Im Rahmen dieser Veranstaltung habe ich - einige erinnern sich - vorbehaltlich verfügbarer Haushaltsmittel eine Unterstützung dieser Bestandsaufnahme und Analyse in Aussicht gestellt. Daran möchte ich weiterhin festhalten und ich hoffe, dass eine derartige Untersuchung trotz der schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen - und - sofern sich die Arbeitsgruppe darüber verständigt, im nächsten Jahr in Auftrag gegeben werden kann.

Es gab allerdings in diesem Werkstattgespräch im April diesen Jahres nicht nur Konsens. Dissens bestand z. B. in der Frage, inwieweit die Umsetzung der Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz in konkrete Maßnahmen kostenneutral zu verwirklichen seien. Ebenso wurde die Idee von sogenannten Migrationsbeauftragten in Institutionen diskutiert, die einerseits eine Art Bindeglied zwischen Betriebsleitung und Personal sein sollte, andererseits sollte sie für die Entwicklung von migrantenspezifischen Behandlungsansätzen, für Supervisionen, berufsspezifische Fort- und Weiterbildung des Klinikpersonals sowie für die Übersetzung von migrantenrelevanten Formularen (z. B. Einverständniserklärung, Behandlungsvereinbarung etc.) zuständig sein.

Die Diskussion über die Einrichtung von Migrationsbeauftragten, die zum Beispiel in psychiatrischen Kliniken in Form zusätzlicher Personalstellen geschaffen werden

müssten, wurde sehr kontrovers geführt. Stattdessen wurde sogenannten Kompetenznetzwerken zwischen den Diensten und Institutionen, die die kulturspezifischen besonderen Belange der Migranten im Blick haben, das Wort geredet.

Da die detaillierte und mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe abgestimmte Auswertung dieses Workshops noch aussteht, möchte ich dem Ergebnis nicht mit weiteren Ausführungen vorgreifen.

Bevor ich zum Schluss komme, möchte ich noch zwei aktuelle Initiativen bzw. Projekte des Landes ansprechen:

1. Schaffung einer landesweiten Informationsplattform

Am 28. Oktober 2003 fand auf Einladung des ZTG (Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen) ein Workshop statt, der sich damit beschäftigt hat, wie Gesundheitsinformationen für türkischsprachige Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Bürger- und Patienteninformationssystems „Gesundheit NRW“ ausgebaut werden können.

Folgendes ist geplant: Noch in diesem Jahr wird im Rahmen des Gesundheitsportals des Landes und der Landesgesundheitskonferenz (zu erreichen unter: www.gesundheit.nrw.de) ein Modul für türkischsprachige, in Nordrhein-Westfalen lebende Migrantinnen und Migranten frei geschaltet werden.

Die Inhalte dieser zielgruppenspezifischen Angebote werden von qualifizierten Anbietern kostenlos zur Verfügung gestellt. Im Gegenzug werden die Internetauftritte dieser Kooperationspartner mit „Gesundheit.nrw“ verlinkt. Verschiedene Anbieter wie zum Beispiel das Gesundheitszentrum für Migrantinnen Köln sowie das Gesundheitsamt der Stadt Duisburg prüfen derzeit, inwieweit ihre Informationsmaterialien für diese Gesundheit.nrw.-Rubrik geeignet sind.

Mir erscheint es sinnvoll, dieses Modul kontinuierlich im Sinne eines Anbieternetzwerkes auszubauen. Das ZTG hat

mich gebeten, im Rahmen dieser Veranstaltung ausdrücklich dafür zu werben, weitere Partner oder Anbieter für diese Rubrik zu gewinnen. Sofern Fragen auf der Anbieterseite bestehen, ob bestimmte Materialien für diese Informationsplattform geeignet sind, ist das ZTG gern bereit, die potenziellen Anbieter zu beraten. Voraussetzung ist allerdings, dass die entsprechenden Informationen qualitätsgesichert und in einwandfreier Übersetzung vorliegen.

Ich komme nun zum zweiten und letzten Punkt:

Veröffentlichung eines in weiten Teilen zweisprachigen Projektberichtes

In Kürze wird das Land den Projektbericht „Ambulante kinderpsychiatrische Versorgung von Migrantenfamilien - Materialien und Ergebnisse“ veröffentlichen. Dieses mit Landesmitteln geförderte Projekt, dass von einer türkischen Ärztin an den Rheinischen Kliniken Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters durchgeführt wurde, hatte zwei Zielsetzungen:

einerseits sollte die Inanspruchnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz durch türkische Familien untersucht werden und

andererseits sollten Materialien in Türkisch und Deutsch entwickelt werden, die für die praktische Arbeit von ärztlichen und psychologischen Therapeuten ebenso wie für beratende und pädagogische Berufe von Nutzen sein können.

Wie vermutet, bestätigte sich, dass die Inanspruchnahme der Ambulanz von der Präsenz eines muttersprachlichen Ansprechpartners abhing. Nach Beendigung dieses Angebotes nahm die Inanspruchnahme ab, nach Wiedereinsetzen zu. Das Kontakt- und Abbruchverhalten unterschied sich insgesamt nicht von dem einheimischer Familien.

Zur Verbesserung der Diagnostik psychischer Störungen wurde im Rahmen dieses Projektes z. B. ein zweisprachiger Anam-

neseleitfaden entwickelt sowie ein Glossar kulturgebundener Syndrome für Patienten türkischer Herkunft in Anlehnung an den Anhang des DSM-IV zusammengestellt.

Zur Weiterentwicklung der Prävention wurde eine interkulturelle Elternschule mit kinderpsychiatrischer Schwerpunktsetzung angeboten. Diese stieß auf große Resonanz und kann daher nur zur Nachahmung empfohlen werden.

Die Erkenntnisse der Elternschulung sind in sogenannten Elternratgebern in deutscher und türkischer Sprache eingeflossen, die Hinweise zum Umgang mit ausgewählten kinderpsychiatrischen Störungsbildern geben und die von Migrantenfamilien und Beratern gleichermaßen genutzt werden können. Alle Materialien sind in enger Zusammenarbeit von türkischen und deutschen Praktikern, unterstützt von wissenschaftlichen Experten in der Türkei, entstanden.

Diesen Projektbericht, der als Ergebnis eines fruchtbaren interkulturellen Dialogs bezeichnet werden kann, können Sie in Kürze (ich denke spätestens Mitte Dezember 2003), entweder beim Ministerium anfordern oder aber unter www.Gesundheit.nrw aufrufen und downloaden.

Die letzten Ausführungen haben gezeigt, dass das Land nicht nur Empfehlungen ausspricht, sondern in unterschiedlichen Bereichen und mit unterschiedlichen Projekten bereit ist, seinen Beitrag zu leisten, die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten zu verbessern.

Ich wünsche allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Fachtagung einen gewinnbringenden Erfahrungsaustausch.

Dr. Mehmet Toker

Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland - Eine Bestandsaufnahme -

Da es um eine Bestandsaufnahme gehen soll, möchte ich zu Beginn einige Daten präsentieren, die vielleicht auf die Probleme in der psychosozialen Versorgung von Migranten verweisen können.

Es sind Daten aus dem Gesundheitsbericht des Min. für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW aus dem Jahr 2000, der gemeinsam mit der WIAD verfasst wurde und „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“ betitelt ist.(1)

Ferner werde ich auch auf die Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion Bündnis90/Die Grünen zur Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2002 Bezug nehmen.(2)

Besonders erwähnt sei noch, dass bei den Statistiken Zuwanderer meist nur dann aufgeführt sind, wenn sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. D.h., dass eingebürgerte Zuwanderer und Aus- und Übersiedler in diesen Statistiken nicht erfasst sind.

Allgemeine Daten

In Nordrhein Westfalen lebten Ende 1997 **2 Millionen Ausländer**, womit ihr Bevölkerungsanteil **11,2 %** betrug.(1)

Im Rheinland leben 9,5 Millionen Menschen, davon **1,3 Millionen** Menschen mit einem ausländischen Pass (entspricht **13,7 %**).(2)

Der Anteil türkeistämmiger Menschen unter den Nichtdeutschen lag bei **35,5 %**. (1) Eine durchschnittliche Verteilung in NRW angenommen leben also mind. **350.000 türkeistämmige Menschen im Rhein-**

land. Hinzu kämen noch die mit einem deutschen Pass.

Dabei leben diese Menschen in erster Linie in den industriellen Ballungszentren. Köln hat z.B. einen Ausländeranteil von **20,6 %**, wovon die Hälfte wiederum aus der Türkei stammt.(1)¹ In Alterklasse **bis 14 Jahre** liegt der Anteil der ausländischen Kinder und Jugendlichen bei **40 Prozent**.

Im Rheinland leben auch Russlanddeutsche und polnische Aussiedler, die einen deutschen Pass besitzen und nicht speziell aufgeführt sind, geschätzt wird ihre Zahl auf **über 350.000**

Die Zuwanderer leben zur Hälfte seit weniger als 10 Jahren in Deutschland. (Türkeistämmige 41%). (1)

Die Altersstruktur der Ausländer unterscheidet sich von der der Mehrheitsgesellschaft. Während 31,7% der Deutschen über 55 Jahre alt sind, sind es nur 11,5 % der Ausländer. Dafür handelt es sich bei den Ausländern um eine junge Gruppe mit einem Anteil von **39,1 % unter 25 Jahre** (bei den Deutschen 25,1 %).(1)

Die rheinischen Städte Köln (20,6 %), Düsseldorf (19,5 %) und Duisburg (17,6 %) sind die Städte in NRW mit dem höchsten Ausländeranteil.(1)

Wie gesagt, dies sind Zahlen nur für die Gruppe der Ausländer. Nimmt man binationale Ehen, Eingebürgerte, Aus- und Übersiedler hinzu, so kann mit höheren

¹ Insgesamt leben in Köln nach Hochschätzungen 257.000 Menschen mit Migrationshintergrund, wenn Eingebürgerte und Aussiedler mitrechnet, also ca. 25 %.

Anteilen v.a. bei den jüngeren Altersgruppen gerechnet werden (so geht Boos-Nünning davon aus, dass zur Zeit. 30 %, in 5 Jahren 40 % der eingeschulerten Kinder in NRW einen Migrationshintergrund haben).

D.h., dass es nicht vermessen ist, wenn wir von einem Zugewanderten- oder Migrantenanteil in der Bevölkerung von fast 20 % ausgehen.

Noch einige Sozialdaten:

- Zugewanderte verfügen nur über 75% der Pro-Kopf-Wohnfläche eines Deutschen.
- Die Erwerbsquote liegt zwar ähnlich hoch, wie die der Deutschen, aufgrund der Altersschichtung sind aber doppelt so viele Ausländer arbeitslos, wie Deutsche.
- Während bei den Deutschen knapp 60 % als Angestellte und Beamte beschäftigt sind, sind 2/3 der Ausländer Arbeiter, bei den Türken 81,8 %.
- 72 % der Türken sind un- und angelernte Arbeiter (andere Nationalitäten 46 - 54%, Deutsche 10 %).

Psychische Gesundheit und Migration

Sehr leicht wird Migration unter dem Blickwinkel eines **Defizitparadigmas** betrachtet. Der Migrant und seine Familie sind bedürftige Wesen in der Aufnahmegesellschaft, es mangelt ihnen an Kompetenzen im Umgang mit ihr und ihren Institutionen. Es wird von Identitätsdiffusion gesprochen, Bikulturalität gilt als Risikofaktor für die psychische Gesundheit, wie die Migration sowieso.

Aufgeführt werden in der Literatur und in der Antwort der Landesregierung mögliche psychosoziale Belastungsfaktoren für Migranten, wie:

- sprachliche und kulturelle Barrieren

- ungewohnte und oft schwierige Arbeitsbedingungen
- ungünstige Wohnverhältnisse
- geringe Verfügbarkeit von Geldmitteln wegen schlechter bezahlter Arbeit und Unterstützung von Angehörigen in der Heimat
- ungesicherte Lebensperspektive
- Trennungserfahrungen in den familiären und sonstigen sozialen Bezügen.

Weiterhin werden genannt:

- Loyalitätskonflikte
- Insbesondere für Frauen ein Wegfall sozialer Ressourcen
- Loyalitätskonflikte bei Kindern
- Rollenkonflikte in der Familie.

Unterschlagen werden einseitig den Migranten zugeschriebenen Defiziten eine oft **hostile, ausgrenzende, kränkende, erniedrigende, rassistische Umwelt** und die **Leugnung und Verdrängung von Politik und gesamtgesellschaftlicher Einwanderung** stattgefunden hat, weiterhin stattfindet und nicht weggeredet werden kann.

Unterschlagen wird auch, wie es in einem **Differenzparadigma** formuliert würde, dass Migranten nicht weniger Kompetenzen als Einheimische haben, sondern **andere**. Es könnte Bikulturalität doch auch als Ressource verstanden werden, eine Ressource, die in dieser Gesellschaft *zu selten* genutzt wurde und wird, was auch auf die psychosozialen Institutionen zutrifft.

Daten zur psychiatrischen Versorgungslage in NRW, resp. dem Rheinland

Bevor ich zur psychiatrischen Versorgung von Migranten im Rheinland übergehe,

möchte ich noch einige allgemeine Daten nennen:

- Im Rheinland stehen im Erwachsenenbereich **7.161 psychiatrische Betten** in Kliniken und Fachabteilungen zur Verfügung.
- Es gibt **59 Tageskliniken mit 1.044 Betten**.
- In NRW gibt es darüber hinaus **20 gerontopsychiatrische** und **vier suchttherapeutische Tageskliniken**.
- Im Rheinland gibt es **120 Wohnheime für psychisch Kranke mit 2.113 Plätzen**.
- Es gibt **2.100 Arbeitsplätze für psychisch Behinderte**.
- Es gibt **59 sozialpsychiatrische Zentren mit 68 Kontakt- und Beratungsstellen**.
- In NRW gibt es **108 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater**.

1999 betrug der Anteil der ausländischen Patienten in den Kliniken des LVR 4,5 % bei einem Bevölkerungsanteil von 13 %.

Ich glaube, dass man ohne weiteres postulieren kann, dass psychiatrische Hilfesysteme von Familien dann aufgesucht werden, wenn die Hoffnung besteht, dort im emotionalen Leid oder in der damit zusammenhängenden erzieherischen, familiären, partnerschaftlichen Krise

- verstanden zu werden und
- adäquate Hilfe zu erhalten.

(Später werden wir dazu kommen, dass das nicht nur ein Glauben ist, sondern dass wir das in unserer Feldstudie empirisch belegt haben.)

Wie kommt es nun, dass Zuwanderer in den Einrichtungen der psychosozialen Versorgung derart unterrepräsentiert sind?

DFG Studie zum Inanspruchnahmeverhalten

Ich war an einem DFG-Forschungsprojekt beteiligt, wo wir uns dieser Frage aus Sicht einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in Essen näherten.

Der Bevölkerungsanteil der türkeistämmigen Essener unter den 6 - 18 Jährigen betrug im Untersuchungszeitraum ca. 6%, der Anteil an Erstvorstellungen in der Institutsambulanz betrug 1980 weniger als 2%.

Dem Differenzparadigma gemäß könnte ressourcenorientiert vermutet werden:

- **Vielleicht ist es ja so, dass türkeistämmige Kinder psychisch gesünder sind als deutsche Kinder.**

Hierzu bedürfte es epidemiologischer Untersuchungen in Deutschland, die den Migrationsstatus mitberücksichtigen. Leider gibt es hiervon nur wenige und die Ergebnisse sind widersprüchlich. Während z.B. Poustka von einer geringeren Symptomprävalenz bei türkeistämmigen / nicht-deutschen Kindern ausgeht, meint Remschmidt genau das Gegenteil. Vieles scheint dafür zu sprechen, dass die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen für alle Kinder in Deutschland unabhängig von ihrer ethnischen Herkunft gleich hoch ist, was durch einen Teil unserer Studie gestützt wird.

Ergänzend sei hinzuzufügen, dass nach Remschmidt und Walther (1990) das Inanspruchnahmeverhalten von sozioökonomischen Variablen abhängt. Während Mittelschichtfamilien in psychosozialen Versorgungseinrichtungen unterrepräsentiert seien, entspräche der Anteil von Unterschichtpatienten, bzw. -klienten - bei einem voll ausgebauten niedrigschwelligen Versorgungsangebots - ihrem Bevölkerungsanteil. Familien aus der Türkei, die in Deutschland leben, wären i.e.L. der Unterschichtpopulation zuzuordnen und so-

*lange fundierte empirische und epidemiologische Studien fehlen, muss aus unseren Inanspruchnahmedaten gefolgert werden, dass Migrantenfamilien bei Bestehen eines muttersprachlichen Angebots hinsichtlich der Inanspruchnahmequote **nicht** von deutschen Unterschichtsfamilien unterschieden werden können.*

▪ **Vielleicht gehen die nicht-deutschen Eltern adäquater mit derartigen Problemen ihrer Kinder um**

und brauchen deswegen nicht Andere, wie z.B. die Kinder- und Jugendpsychiatrie, um Rat anzugehen. Hierzu gibt es keine Untersuchungen und es bleibt somit spekulativ.

▪ **Nicht-deutsche Familien nutzen andere Behandlungssysteme**

wofür einiges aus der praktischen Erfahrung stimmt. So kommt es immer wieder vor, dass Ärzte im Ursprungsland, oder traditionelle Heiler dort oder in Deutschland aufgesucht werden. Doch dürfte dies nur einen verschwindend geringen Teil des geringen Inanspruchnahmeverhaltens erklären.

Viel häufiger wird die Frage der geringen Inanspruchnahme in der Praxis aber **aus defizitorientierter** Sicht beantwortet.

- Diese Familien kommen nicht, weil die Eltern **nicht wissen**, dass es psychische Störungen gibt und weil sie nicht wissen, dass man damit zu Psychiatrien und Erziehungsberatungsstellen gehen kann.
- Diese Familien kommen nicht, weil die Eltern (möglicherweise aufgrund der Eigenbelastung durch migrationsbedingte Stressoren) **emotional stumpf oder unsensibel** sind, **nicht sehen** können oder wollen, was mit ihren Kindern los ist, blind sind für deren Sorgen.

Dass die Institutionen auch nicht offen für Migranten sind, diese selber ausgrenzen, dies findet sich in kaum einer wissenschaftlichen oder politischen Stellungnahme. Vielleicht kämen sie genauso

häufig, wenn sie Bedingungen vorfänden, die für deutsche Familien sowieso gelten.

Die medizinischen **Institutionen**, hier besonders die psychiatrischen, sind zunächst **monoethnisch** ausgerichtete Institutionen.

Woran machen wir das fest:

- Wissenschaft ist eine westliche - die (Berufs-) Ausbildung lehnt sich an diese an.
- Die Werte der autochthonen Gesellschaft, z.B. Individualismus, leiten auch das therapeutische Handeln im Alltag, häufig wie selbstverständlich.
- Leitende Funktionen werden meist von Männern und im mittleren Management meist, im oberen ausschließlich von Autochthonen eingenommen.²
- Verfahren die wir nutzen - hier besonders die Testpsychologie - haben meist einen monoethnischen Normierungshintergrund.
- Zugewanderte begegnen im Regelfall Autochthonen, die die Institution vertreten und meist ihre Muttersprache nicht sprechen und sich mit ihren kulturellen Werten nicht auskennen.

Auf Seiten der Mitarbeiter des psychosozialen Hilfesystems finden sich - in mehr oder minder starker Ausprägung - vorwiegend zwei Grundhaltungen zu Fremdem:

Die **Alpha-Haltung** besagt: "Die sind ja alle ganz anders. Es wird mir völlig unmöglich sein, sie wirklich zu verstehen, man begreift das einfach nicht, also wie die sich schon anziehen, und miteinander umgehen, und die Sprache versteht man nicht, die Symbole schon erst recht nicht, und man kann ja gar nicht anders als sich ständig daneben zu benehmen." Diese

² Ich kenne in NRW kein Gegenbeispiel!

Haltung überbetont die Unterschiede und hält sie für unüberwindbar.

Ganz anders die **Beta-Haltung**. Die Beta-Haltung besagt: "Wir sind doch alle Teil der großen universalen Weltgemeinde und wir sind alle Menschen. Manche haben nur etwas andere Gewohnheiten als andere." Konsequenz wäre: da wir alle Menschen sind, ist unsere Klinik für alle gleich gut, egal wo sie her kommen, und wir behandeln alle gleich, die Krankheitsbilder sind ja auch alle gleich, Wir verstehen alle und lassen allen alle Freiheiten der Entwicklung.

Die Beta-Haltung verleugnet real bestehende Unterschiede und birgt deswegen die Gefahr, dass wir Vorgaben der eigen

nen Kultur für universell halten. Ganz subtil drücken wir damit unsere Vorgaben allen anderen Kulturen auf. Das ist auch ein untherapeutisches Vorgehen, denn wir achten dann nicht mehr darauf, woher unsere Wertorientierungen eigentlich kommen, und wir sind nicht mehr in der Lage, therapeutische Strategien zu entwickeln, die der je individuellen Situation gerecht werden.

Inanspruchnahmedaten

Ich möchte nun kurz über unsere Erfahrungen bezüglich der Inanspruchnahmeentwicklung bei kultureller Öffnung der Institution durch einen muttersprachlichen Therapeuten berichten.

Tabelle 1: Durchschnittswerte der Anteile an türkeistämmigen Familien in der Institutsambulanz für einzelne Zeiträume (Prozentangaben)

Jahr	Gesamt	Erstvorstellung	Konsil
1979 - 1984	1,1	-	-
1985 - 1989	2,9	2,3	8,8
1990 - 1992	4,2	3,9	8,1
1993 - 1996	9,5	8,1	29,0
7/1997 - 6/1998	2,0	-	-
7/1998 - 7/1999	8,7	-	-
7/1999 - 6/2000	7,5	-	-

Im Zeitraum **1979 - 1984** wurde nur mit zufällig anwesenden bilingualen Übersetzern zusammengearbeitet. 71% der Beratungen endeten nach einem einzigen Kontakt.

1985 - 1989 kamen extrafamiliäre Dolmetscher hinzu (z.B. muttersprachliche Medizinstudenten).

Ab 1990 war eine türkischsprachige Ausländerpädagogin Sprach- und Kulturmittlerin.

Ab 1993 beschäftigte die Ambulanz einen muttersprachlichen Psychologen mit einer 1/2 Planstelle in der Regelversorgung.

Rückblickend waren es die Mediatoren im Feld, wie Sozialberater der AWO, die RAA, Schulaufgabenhilfe der Universität,

Kommunale Beratungsstelle und Türkische Gemeinde, die öffentlichkeitswirksam waren und dazu beitrugen, dass der Anteil türkeistämmiger Familien in der Institutsambulanz auf fast 10 Prozent stieg.

Interessanterweise sank der Anteil nach Ausscheiden des Mitarbeiters **1997** sofort ab, stieg dann mit einer neuen Muttersprachlerin ab **1998** wieder auf das Niveau des Bevölkerungsanteils an.

Ein sehr trauriger Effekt war, dass wie in so vielen Institutionen die Einstellung einer muttersprachlichen Fachkraft auch hier an Drittmittel gekoppelt war und dass die Übernahme in eine langfristige Regelfinanzierung der Leitung trotz des hohen Anteils an Patienten nicht so sinnvoll erschien, dass sie sonstigen Vorhaben vorgezogen worden wäre. Das erklärt die Lü-

cke von einem Jahr und weist sehr deutlich darauf hin, dass die Haltung der Leitung einer Institution ausschlaggebend für die erfolgreiche Integration in die Regelversorgung ist, was ja auch heißt: nicht an extra finanzielle Zuflüsse von außen gekoppelt, sondern eben: Reguläres Tagesgeschäft mit regulärer Finanzierung. Eigentlich eine Selbstverständlichkeit, denn Zuwandererfamilien außer Asylbewerbern zahlen ebenso Steuern und Krankenkassenbeiträge wie jeder andere auch.

Aber eine alleinige statistische Erhöhung von Klienten mit Migrationshintergrund macht noch keine interkulturelle Institution aus.

Erst einmal:

alle Bereiche der Institution sollten gleichermaßen teilhaben - nur wenn die ganze Versorgungskette zur Verfügung steht, ist eine volle Integration erreicht. Wir hatten im Essener Modell nur die Ambulanz muttersprachlich therapeutisch ausgestattet. Die Stationen konnten sich der Ausländerpädagogin, die sich auch in familientherapeutischer Weiterbildung befand, bedienen und hatten damit eine

sprach- und kulturkompetente Cotherapeutin. Was schön gewesen wäre: muttersprachliches Personal auch auf den Stationen würde darüber hinaus helfen, die Alltagsgestaltung etwas familiennäher zu bekommen und die informellen Elternkontakte, die ja, wie wir alle wissen einen guten Anteil an dem ausmachen, was wir Eltern therapeutisch mitgeben. Von daher verwundert es nicht, **dass der Anteil auf den Stationen sich zwar ebenfalls deutlich erhöhte - auf 5% etwa - aber nicht dem der Ambulanz entsprechend.**

Aufgrund dieser Inanspruchnahmeentwicklung erscheint es nahe liegend zu schlussfolgern, dass die **Inanspruchnahmequote von Migranten dann steigt, wenn das Versorgungsangebot angemessen verändert wird, vordergründig im Sinne eines Abbaus sprachlicher Barrieren. Die dem Bevölkerungsanteil entsprechende Inanspruchnahmequote ist allerdings erst durch muttersprachliche Versorgungsangebote zu erreichen** (s. entsprechende Beobachtungen in Erziehungsberatungsstellen in Köln und Berlin-Kreuzberg).

Türkischsprachige Therapieangebote im Rheinland

Wie sieht es diesbezüglich im Rheinland aus? Wie stark sind Zuwanderer in den psychosozialen Behandlungs- und Beratungssettings vertreten?

Psychiatrische Praxen Erwachsene	Velbert, Solingen, Köln, Bergheim, Aachen, Krefeld	6
Psychotherapeutische Praxen Erwachsene	Köln (2,5), Krefeld	3,5
Psychiatrische Praxen Kinder	Neuss	1
Psychotherapeutische Praxen Kinder	Duisburg, Wuppertal	2
Ärzte Kliniken	Essen (Psychosomatik), Langenfeld, Düsseldorf, Köln, Mönchengladbach, Neuss	6
Psychologen Kliniken	Duisburg (TK), Essen KJP, Köln (2)	4
Psychologen Beratungsstellen	Essen (2 x 0,5), Köln(2 x 0,5)	2
Andere Berufsgruppen Beratungsstellen	Essen (0,5), Köln (6,5)	7

Im Erwachsenenbereich sind insgesamt 12 Ärzte und 6,5 Psychologen im engeren Sinne muttersprachlich psychiatrisch tätig für eine Bevölkerungsgruppe von 350.000 türkeistämmigen Menschen, wovon ca. die Hälfte nicht länger als 10 Jahre in Deutschland lebt. Es sei hervorgehoben, dass diese Kolleginnen und Kollegen aufgrund ihrer institutionellen Einbettung nur einen Teil ihrer Arbeitszeit dieser Patientengruppe zur Verfügung stellen können.

Setzen wir diese Zahlen, die eingangs schon genannt wurden, in Relation zu Zahlen über die psychiatrische Versorgungsdichte:

Es gibt im Erwachsenenbereich:

- 7.161 stationäre Betten,
- in 59 Tageskliniken 1.044 Behandlungsplätze.
- Es gibt 120 Wohnheime für psychisch Kranke mit 2.113 Plätzen.
- Es gibt 59 sozialpsychiatrische Zentren mit 68 Kontakt- und Beratungsstellen.
- Für Menschen mit psychischer Behinderung stehen 2.100 Arbeitsplätze zur Verfügung.

Dann errechnet sich:

Während für „deutsche Deutsche“ auf 35.000 Einwohner ein psychiatrischer Praxissitz kommt, ist die Relation für Köln und sein näheres Einzugsgebiet 1:120.000.

In den 59 Tageskliniken arbeitet nur ein türkischsprachiger Psychologe (Duisburg).

In den 59 Sozialpsychiatrischen Zentren arbeitet nur ein türkischsprachiger Sozialarbeiter. Interkulturelle Spezialisierungen gibt es diesbezüglich nur in Köln und in Duisburg. Beide Projekte werden gleich vorgestellt, für beide Projekte gilt aber auch, dass ihr Weiterbestehen immer vom Guten Willen der Träger abhängt, ihre Existenz immer wieder in Frage gestellt wird, sie immer nur für kurze Zeiträume planen können.

Zuletzt sei noch erwähnt, dass es in NRW 108 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater gibt, darunter nur zwei tür-

kischsprachige (Neuss und Gelsenkirchen).

Der gerontopsychiatrische Bereich und der Bereich Suchtbehandlung müssen im Rheinland ohne türkischsprachige Ärzte und Psychologen auskommen.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen und an dieser Stelle vehement dem Bericht der Landesregierung widersprechen. Im Bericht wird lapidar konstatiert, dass nach den Inanspruchnahmedaten der Rheinischen Kliniken „nur sehr wenig psychisch kranke alte Menschen ausländischer Herkunft in Nordrhein-Westfalen (leben)“ und „vor diesem Hintergrund (...) die Unterstützung durch ein psychiatrisch spezialisiertes Hilfesystem in Deutschland noch nicht zwingend erforderlich (sei).“ Es ist perfide, Menschen, die seit fast 50 Jahren durch schwerste Arbeit zum Aufbau dieses Landes und seiner Versorgungssysteme beigetragen haben, auf diese Weise von einer adäquaten Versorgung im Alter auszuschließen, die sie ja durch ihre Beiträge vorfinanzierten. Es ist ein Irrtum, und zwar ein gefälliger, von den Inanspruchnahmedaten auf die Bedarfslage zu schließen. Dies habe ich weiter oben ja auch gezeigt.

Zusammenfassung und Diskussion

Es hilft nichts, wir müssen festhalten, dass eine flächendeckende muttersprachliche psychiatrische Versorgung im Rheinland selbst für die zahlenmäßig größte Gruppe der Zuwanderer nicht vorgehalten wird. In allen Bereichen der psychosozialen Versorgung sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Migrationshintergrund zu meist auf Hilfen durch autochthone Therapeutinnen und Therapeuten angewiesen. Diese erleben sich in der praktischen Arbeit, v.a. der familienbezogenen, in der Beurteilung des Grades kultureller Eigenheiten bei der Genese, Art und Aufrechterhaltung der Symptomatik und im sprachlichen Zugang häufig als unzulänglich. Kein Wunder, wenn auch in der fachlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung entsprechende Inhalte gänzlich fehlen.

Im Versuch Sprachbarrieren zu überwinden³, wählen manche Beratungsstellen oder Kliniken den Weg, Dolmetscher einzusetzen⁴. Doch ist für eine kultursensitive Diagnostik und Behandlung nicht nur der sprachliche Zugang entscheidend, sondern auch das Verständnis kultureller Werte und Normen der Herkunftskultur, die sich in Bildern und Erklärungen für abweichendes Verhalten und emotionales Leiden widerspiegeln. Dolmetscher sind fachlich hierauf nicht vorbereitet und im therapeutischen Setting häufig überfordert.

Auf mittlere Sicht werden wir nur über muttersprachliche Angebote in der Lage sein, den Zugang zu den psychosozialen Institutionen der Aufnahmegesellschaft auch für Zugewanderte vergleichbar niedrigschwellig wie für die autochthone Bevölkerung zu gestalten. Gefordert wäre eine Förderung entsprechender ambulanter und stationärer Angebote. Gefordert wäre auch, kultursensitive Diagnostik und Behandlung in die Lehrpläne der entsprechenden Fakultäten aufzunehmen, sie zu einem der Hauptthemen in der beruflichen oder betrieblichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu machen, etwa zu einem Pflichtteil des Weiterbildungscurriculums psychiatrischer Fachärzte.

Es ist aber auch die Politik gefordert, nicht nur hinsichtlich des Ausländerrechts, das psychisches Leid fördert und aufrechterhält. Sondern auch in Fragen des Berufsrechts. So ist die Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten an die deutsche Staatsbürgerschaft gebunden. Die Arbeit von Ärzten und Psychologen aus nicht-EU-Staaten in Deutschland ist an enorme bürokratische Hürden gekoppelt - so wird verlangt, dass sie nicht aus öffentlichen Geldern, wie Krankenkassen-

beiträgen, bezahlt werden. Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen verweigern Sonderbedarfszulassungen für approbierte ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit muttersprachlicher und interkultureller Kompetenz, da diese Kompetenz kein anerkanntes Kriterium sei, was einer Sonderbedarfsfeststellung zugrunde liegen müsste.

Da es unrealistisch wäre zu fordern, dass jede Institution muttersprachliche Fachkräfte für alle Migrantengruppen im Einzugsgebiet vorhält, sind Überlegungen anzustellen, wie dennoch auch diesen Zielgruppen eine Inanspruchnahme ermöglicht wird. Ein Gesamtkonzept kann da am ehesten von den Landschaftsverbänden in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden entwickelt werden. Einzelne Kliniken oder Beratungsstellen wären hierin überfordert. Im Prozess wäre dann auch zu diskutieren, ob manche Vorgaben, wie z.B. die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung, die Behandlung von Zugewanderten nicht zusätzlich erschwert.

Es reicht nicht mehr, wenn die Versorgung von Zugewanderten auf befristete Projekte oder Veranstaltungen dieser Art beschränkt wird. Veränderungen in der Politik der Institutionen sind am ehesten dann zu erwarten, wenn personelle Verantwortlichkeiten festgelegt werden. Sei es durch Schaffung einer Stabsstelle oder auch durch die Neudefinition (und damit Erweiterung) der Aufgaben der Gleichstellungsbeauftragten.

Ich glaube, dass die folgenden Beiträge interessante und effektive Zugänge aufzeigen werden. Für die Diskussion am Nachmittag wünsche ich mir dann einen regen Austausch **und Verbindlichkeit**, auch von den hier anwesenden Verantwortlichen auf der ministerialen oder landschaftsverbandlichen Verwaltungsebene. Die Notwendigkeit und das Problem sind ja schon sehr lange erkannt.

³ Die Sprachbarriere wird gern angeführt, dabei ist es lediglich ein **formales** Kriterium. Es geht doch meist um unsere **interkulturelle Inkompetenz**.

⁴ Dies ist sicherlich besser, als wenn die 12jährige Tochter der Ärztin beim Gesundheitsamt im Rahmen eines Asylverfahrens detailliert den Bericht der Mutter übersetzen muss, wo sie ihre Vergewaltigung schildert. Es ist so geschehen.

Arif Ünal

Zwei Praxisprojekte stellen sich vor: Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln

Göçmenler Sağlık Merkezi

1. EINFÜHRUNG

Das Gesundheitszentrum für MigrantInnen (GfM) wurde im Dezember 1995 im PARITÄTISCHEN in Köln als eine offene Beratungsstelle gegründet.

Das Gesundheitszentrum für MigrantInnen (GfM) ist eine Anlauf-, Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für erkrankte und/oder gesundheitlich gefährdete Migrantinnen und Migranten in Köln. Das GfM ist gleichzeitig Ansprechpartner für Fachleute, die in ihrer Arbeit mit Migrantinnen und Migranten Unterstützung wünschen.

Die Idee zur Errichtung des Gesundheitszentrums für MigrantInnen ist aus der Auseinandersetzung mit der medizinischen und psychosozialen Versorgung der Migrantinnen und Migranten in Köln und der Auswertung der vielfältigen Aktivitäten der Projektgruppe „Gesundheitsprobleme der Migrantinnen/Migranten in Köln“ des Gesundheitsforums Köln entstanden.

Nach einer Bedarfsanalyse im Jahre 1995 wurde festgestellt, dass die Migrantinnen und Migranten aufgrund der Migrationserfahrungen und Lebensbedingungen besonderen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind, und dass sie mangelhaft über existierende öffentliche und nicht-öffentliche Gesundheitsdienste und Angebote informiert werden.

Hinzu kommen Sprachprobleme, Ängste und Unsicherheiten, die den Zugang zu präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungsangeboten im somatischen und psycho-sozialen Bereich erschweren. Auf der anderen Seite sind die Einrichtungen der Gesundheitsdienste häufig nicht in der

Lage, Migrantinnen und Migranten mitzuversorgen.

Ziel des Gesundheitszentrums ist es, die medizinische und psychosoziale Versorgung der MigrantInnen zu verbessern und sie in die Regelversorgung und -dienste im Gesundheitswesen zu integrieren.

Deswegen hat das GfM immer zwei wichtige Aufgaben zu erfüllen: 1. Die Beratung, Information und Betreuung der MigrantInnen und 2. durch gezielte Maßnahmen die interkulturelle Öffnung der Regeldienste voranzutreiben.

Die Anzahl der telefonischen und persönlichen Beratungen zeigt, dass auch der Beratungsbedarf der Gesundheitsdienste in Bezug auf die Versorgung von Migrantinnen und Migranten sehr groß ist. Dabei leistet das GfM eine wichtige Unterstützung.

2. ARBEITSBEREICHE

2.1 BERATUNGEN

ExpertInnen-, MultiplikatorInnenberatung

Telefonische oder persönliche Beratungen wurden mit deutschen und nichtdeutschen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken, in Sozialen Diensten, mit Ärzten und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen in den verschiedenen Einrichtungen durchgeführt. Hierbei ging es vor allem um die Weitergabe von Informationen zu spezifischen Angeboten für Migrantinnen und Migranten.

Im Jahr 2002 wurden 49 Koordinations-treffen mit den Einrichtungen oder den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Diensten wie z.B. Kliniken, Psychiatrischen Einrichtungen, Spitzenverbänden, Migrantenvereinen, Selbsthilfegruppen durchgeführt.

Auch die telefonischen Beratungen zeigten den hohen Beratungsbedarf der Institutionen. 2002 wurden insgesamt 6.122 telefonische Beratungen durchgeführt. Davon waren 2.076 (34 %) Institutionen

Betroffenenberatung

Die medizinische und psychologische Beratung der Betroffenen wird in Deutsch, Türkisch und Russisch entweder telefonisch oder persönlich durchgeführt.

Telefonische Beratungen:

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 6.122 telefonische Beratungen durchgeführt.

Davon wurden in ca. 3.946 Fällen Privatpersonen beraten. Gegenstand dieser Beratungen waren u. a.:

- Fragen zu verschiedenen Krankheiten
- Möglichkeiten einer stationären oder ambulanten Behandlung
- Möglichkeiten der Betreuung bei Behinderungen
- Fragen zur Pflegeversicherung
- Fragen nach Pflegemöglichkeiten

Telefonische Beratungen werden im Rahmen der regulären Öffnungszeiten:

Mo. bis Do. von 8.30 bis 17.00 Uhr
Fr. von 8.30 bis 15.00 Uhr

durchgeführt.

Telefonische Beratungen	absolute Zahl	entsprechend
Im Jahr 1996	1.015	100%
Im Jahr 1997	2.234	220%
Im Jahr 1998	3.760	370%
Im Jahr 1999	4.683	461%
Im Jahr 2000	3.210	316%
Im Jahr 2001	4.636	457%
Im Jahr 2002	6.122	603%

Seit 1996 ist Anzahl der telefonischen Beratungen kontinuierlich gestiegen. Der Rückgang im Jahr 2000 ist auf den Umzug des GfM Ende 1999 zurückzuführen.

Persönliche Beratungen

Im gleichen Zeitraum wurden im Zentrum insgesamt 477 Klientinnen und Klienten persönlich betreut.

Nach telefonischer Anmeldung wird, wenn das Anliegen bekannt ist, bei den entsprechenden Kolleginnen/Kollegen (in türkisch, russisch oder deutsch) in den Bereichen Medizin, Psychologie, Familientherapie

oder Sucht und Drogen, ein Erstgespräch vereinbart.

In dem Erstgespräch wird geklärt, wo die Problematik liegt und wie das Problem gelöst werden kann. Primär wird eine Vermittlungsmöglichkeit in Betracht gezogen, nur wenn dieses nicht möglich ist, erfolgt eine Betreuungsübernahme durch das GfM.

Bei vielen Klientinnen und Klienten sind mehrere Gespräche notwendig, um entsprechende Ziele gemeinsam zu definieren und Maßnahmen einzuleiten. Bei anderen wiederum ist es nicht möglich sie

weiter zu vermitteln. In solchen Fällen können wir bis zu 20 Sitzungen anbieten. In Ausnahmefällen auch längere Betreuung.

	absolute Zahl	entsprechend
Im Jahr 1996	151	100%
Im Jahr 1997	197	130%
Im Jahr 1998	358	237%
Im Jahr 1999	417	276%
Im Jahr 2000	330	218%
Im Jahr 2001	425	281%
Im Jahr 2002	477	312%

Auch hier ist der kontinuierliche Anstieg erkennbar. Allerdings macht sich auch hier der Umzug bemerkbar. Dazu kommt der Wegfall einer Dipl. Psych.-Stelle im November 1999. Ferner ist eine Zunahme der Klientinnen und Klienten, die langfristige Betreuung benötigen, zu verzeichnen.

Art der Beratungen:

Mit 55% besonders hoch war der Bedarf nach psychologischer Beratung. In diesem Bereich waren depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, wie Phobien, andere Angststörungen, Zwangsneurosen oder Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen, wie Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen vertreten.

An zweiter Stelle kommen mit 21 % Erziehungs-, Partnerschafts- und andere Beratungen, an dritter Stelle medizinische Beratungen mit 14 %. Drogenberatung war mit ca. 7 % vertreten.

2.2 PRÄVENTIONSARBEIT

Schwerpunkt der Präventionsarbeiten sind die Informationsveranstaltungen in den Vereinen, Moscheen, Schulen, Frauengruppen und Initiativen. Hierdurch ist die Möglichkeit gegeben, Menschen zu erreichen, die in der Regel keinen Zugang zu bestimmten Hilfsdiensten haben. Dieser zugehende Ansatz ermöglicht darüber hinaus den Vereinen, sich zu qualifizieren

und sich mit den Gesundheitsfragen ihrer Mitglieder zu beschäftigen. Es ist die effizienteste Methode mit geringerem Zeitaufwand möglichst viele Menschen direkt zu erreichen.

2002 wurden insgesamt 31 Informationsveranstaltungen in Kooperation mit Vereinen, Schulen und Initiativen in türkischer und russischer Sprachen durchgeführt.

Davon waren:

- 20 Veranstaltungen in Köln und
- 11 Veranstaltungen außerhalb von Köln

Die Themen waren: Sucht und Drogen, psychische Entwicklungen der Kinder und Kindererziehung in der Familie, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen, Gesundheitsreform und Selbstbeteiligung der Patientinnen/Patienten, Pflegeversicherung, Gesundheitssystem, gesunde Ernährung, Herz- und Kreislauferkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Allergien, Hauterkrankungen, frauenspezifische Krankheiten, Depressionen, Stress und Stressbewältigungsstrategien, sexuelle Erziehung usw.

Außerhalb Kölns fanden die Veranstaltungen in Bonn, Düsseldorf, Kerpen, Wesel, Wuppertal, Neuss, Bergisch-Gladbach, Hürth und Leverkusen statt.

2.3 NACHSORGE:

In 2002 hat GfM 12 russisch sprechende und 14 türkisch sprechende Patientinnen/Patienten im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG betreut.

In gleichen Zeitraum wurden 16 Migrantinnen und Migranten im Rahmen des „Betreuten Wohnen“ betreut.

Hier gibt es von Anfang an eine gute Zusammenarbeit mit den Rheinischen Kliniken Köln-Mehrheim, mit einigen Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und niedergelassenen Psychiatern.

Zu der Nachbetreuung gehört die Beratung von Angehörigen, die Durchführung von Hausbesuchen und die Begleitung der Klientinnen zu Institutionen, Krankenhäusern und Ärzten.

2.4 SELBSTHILFE

Schwerpunkt der Arbeit ist die Vermittlung der Klientinnen und Klienten in bestehende Selbsthilfegruppen (SHG). Bei seltenen Krankheiten wie Narkolepsie, Mukoviszidose, Zöliakie usw. vermitteln wir die KlientInnen begleitend in bestehende Selbsthilfegruppen.

Bei einigen chronischen und somatischen psychischen Krankheiten gründet das GfM entweder eigene Selbsthilfegruppen oder unterstützt andere Institutionen bei der Gründung und begleitet sie. Zum Beispiel:

- die 1998 gegründete Selbsthilfegruppe (SHG) für Frauen mit Depressionen und anderen psychischen Problemen in Brühl wurde auch im Jahr 2002 begleitet.
- die 1998 gegründete Selbsthilfegruppe (SHG) Diabetes in Kooperation mit AWO wurde durch GfM weiter begleitet.
- Außerdem wurden in KISS türkische Beratungen in türkischer Sprache angeboten und mittlerweile mehrere türkische SHG gegründet.

2.5 FORT- UND WEITERBILDUNG DEUTSCHER FACHKRÄFTE

In 2002 wurden insgesamt 19 Fortbildungsveranstaltungen in den folgenden Städten durchgeführt:

Düsseldorf, Dortmund, Neuss, Essen, Bonn, Bielefeld, Bochum, Wuppertal, Mönchengladbach, Königswinter, Duisburg und München.

Themen und Schwerpunkte waren:

- Diskussionen über migrantenspezifische Gesundheitspolitik und handlungsorientierte Konzepte in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten.
- Fachspezifische Schulungen der Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen und Studentinnen/Studenten über:
 - Arbeit mit türkischen Familien
 - Transkulturelle Diagnostik
 - Familientherapeutische Ansätze in der Arbeit mit Migrantinnen / Migranten
 - Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste
 - Interkulturelle Drogenarbeit mit Migrantinnen/Migranten, Probleme und Möglichkeiten
 - Ältere Migrantinnen/Migranten, Entwicklung offener Altenarbeit

Mit AGpR haben wir in Duisburg eine eintägige Fortbildungsveranstaltung mit dem Thema“ Migrantinnen und Migranten im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Arbeit“ angeboten.

2.6 KOOPERATION UND VERNETZUNG

Das Gesundheitszentrum ist in das psychosoziale Versorgungssystem in Köln integriert. Als Teil dieses Systems ist es in

die bestehenden Arbeitszusammenhänge eingebunden. Somit ist das GfM regelmäßig beteiligt,

- an der Projektgruppe „Gesundheitsprobleme ausländischer Bürgerinnen und Bürger des Gesundheitsforums Köln“,
- am AK Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie sowie,
- am AK Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Köln,
- an der Dienstagsrunde Drogen,
- an der AG Selbsthilfe in der KISS Köln

Darüber hinaus ist das GfM vertreten in verschiedenen bundes- bzw. landesweiten Arbeitskreisen wie;

- dem Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit
- dem Arbeitskreis AIDS und Migration
- dem Arbeitskreis Migration im PARITÄTISCHEN

Ziel des GfM ist es, auch diese Kooperationsformen zu nutzen, um die Versorgung von Migrantinnen/Migranten in den Einrichtungen der Regelversorgung zu verbessern. In diesem Zusammenhang wurden neue Kooperationsformen entwickelt und erprobt. Ein Beispiel ist die Zusammenarbeit mit Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) Nippes und Innenstadt.

2. 7 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Die Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitszentrums für MigrantInnen hatte im letzten Jahr zwei Schwerpunkte:

- zum einen wurde die Arbeit des GfM vor allem in den türkisch und deutschsprachigen Medien (WDR, 1 Live, SPIEGEL, verschiedene türkische Zeitungen) dargestellt, um potentielle Rat-

suchende auf dieses Angebot hinzuweisen,

- zum anderen wurden vom GfM für die gleichen Medien die Beiträge erarbeitet, die über bestimmte gesundheitliche und psychosoziale Probleme informiert haben.

Darüber hinaus hat das GfM die Aktualisierung des „Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten“ vorbereitet und die Tagungsdokumentation „Alte Fremde - Fremd auch im Alter!“ vorbereitet und veröffentlicht.

In dem Zeitraum wurde der „Kleiner Wegweiser für Angehörige psychiatrischer Patienten, Mit psychisch Kranken leben lernen“ des Rat und Tat, ins Türkische übersetzt und gemeinsam mit Rat und Tat veröffentlicht.

3. SCHLUSSBEMERKUNG

Die Arbeit des Gesundheitszentrums für MigrantInnen in den letzten Jahren hat gezeigt, dass es einen großen Bedarf für die erbrachten Leistungen gibt und zwar sowohl auf der Ebene der Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung als auch bei Ratsuchenden ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern. Die Arbeit findet bei beiden Zielgruppen eine große Akzeptanz, was die Statistiken des GfM eindrucksvoll belegen.

Neben diesen Beratungs- und Betreuungsangeboten war das GfM auch immer Anlaufstelle für das Gesundheitsamt oder andere Einrichtungen bei besonderen Problemfällen wie z.B. die Betreuung von Substituierten, die eine muttersprachliche Betreuung benötigen.

Erfahrungen haben gezeigt, dass es notwendig ist, personell eine Kontinuität aufrecht zu erhalten, da der Erfolg der Arbeit entscheidend auf zwischenmenschliche Beziehungen und Vertrauen beruht.

Nur mit den 4,75 Stellen ist aber die Arbeit des Gesundheitszentrums für MigrantInnen im bisherigen Umfang nicht zu leisten.

Uwe Komes

Zwei Praxisprojekte stellen sich vor: Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg e. V.

Passend zu Thema Migranten und zu einstimmen lese ich ihnen eine kleine orientalische Geschichte aus Nossrat Peseschki an „Der Kaufmann und der Papagei“ vor.

Ein Dachgarten und zwei Welten

Auf dem Dachgarten eines Hauses schliefen in einer Sommernacht die Mitglieder einer Familie. Die Mutter sah - voll Missgunst - dass ihre nur widerwillig geduldete Schwiegertochter und ihr Sohn eng aneinandergeschmiegt schliefen. Diesen Anblick konnte sie nicht ertragen, weckte die beiden Schläfer und rief: „Wie kann man nur bei dieser Hitze so eng zusammenschlafen. Das ist ungesund und schädlich.“

In der anderen Ecke des Dachgartens schliefen ihre Tochter und der verehrte Schwiegersohn. Beide lagen voneinander getrennt, mindestens einen Schritt weit auseinander. Fürsorglich weckte die Mutter die beiden und flüsterte. „Ihr Lieben, wie könnt ihr nur bei dieser Kälte so weit auseinander liegen, statt euch gegenseitig zu wärmen?“ Dies hörte die Schwiegertochter. Sie richtete sich auf und sprach mit lauter Stimme wie ein Gebet folgende Worte: „Wie allmächtig ist Gott. Ein Dachgarten und ein so unterschiedliches Klima.“

Das Dilemma mit dem unterschiedlichen Klima kennen wir aus unserer täglichen Arbeit zur genüge. Immer wieder müssen wir ein paar Minuten Zeit aufwenden, um einzelnen Klienten zu erklären wieso nicht alle gleich behandelt werden., wieso wir beispielsweise dem einen Besucher sein Geld einteilen obwohl wir dies bei anderen konsequent ablehnen.

Das gleiche gilt für die verschiedenen Ethnien, die unsere Einrichtungen besuchen! Jedem leuchtet ein, dass wir den streng katholischen Spätaussiedler, den streng gläubigen muslimischen Migranten und einen jungen deutschen Klienten nicht über einen Kamm scheren können.

Nach dieser kurzen Einstimmung nun einige Worte zur Praxis.

Die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg e.V. ist auf dem Gebiet der Gemeindepsychiatrie tätig und betreibt zwei Sozialpsychiatrische Zentren, eines davon in Duisburg - Hamborn. Die Region ist geprägt durch einen hohen Anteil an Migranten aus der Türkei.

In einzelnen Stadtvierteln im Norden Duisburgs liegt der Anteil der türkischsprachigen Migranten noch einmal deutlich höher: Alt-Hamborn 14,46 %, Marxloh 24,39 %, Obermarxloh 24,39 % und Bruckhausen 41,92 % (Stand 31.12.2001). Dies verdeutlicht schon ein Blick aus meinem Bürofenster. Gegenüber liegen ein türkischer Kuaför, ein türkisches Reisebüro, ein Handyladen sowie ein türkisches Import/Exportgeschäft. Schräg über die Straße kann ich noch einen türkischen Bäcker/Konditor sowie ein Internet- und Telefonshop einsehen. Weniger als fünf Minuten entfernt befindet sich ein großer türkischer Supermarkt, der inzwischen auch von der deutschen Hamborner Bevölkerung akzeptiert und frequentiert wird und ein türkischer Möbelmarkt.

In einer solchen Situation mussten wir Ende der 90er Jahre feststellen, dass der Anteil an türkischsprachigen Klienten eher im Promille Bereich lag. Ganz selten nur verirrte sich ein türkisch-sprachiger Betroffener in unsere Einrichtungen. Häufig war

dann jedoch dringender Handlungsbedarf angezeigt.

Vielleicht werden Sie sich wundern und sagen, dass Ihre Angebote selbstverständlich allen Bevölkerungsgruppen und damit auch der Gruppe der Migranten offen steht. Mit diesem Lippenbekenntnis werden die Migranten in der Regel unsere Dienste jedoch nicht aufsuchen!

Bezüglich der Migranten mit psychischen Problemen gehen wir davon aus,

1. dass es auch bei den Migranten Menschen mit psychischen Problemen gibt. Gleichzeitig gehen wir davon aus, dass die Migranten nicht signifikant häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als die deutsche Bevölkerung. Der überwiegende Teil übersteht die mit der Migration verbundenen Belastungen und den Stress relativ unbeschadet. Geht man davon aus, dass zwischen 10 und 12,5 % der Bevölkerung psychiatrisch behandlungsbedürftig ist, so müssen wir von ca. 730.000 bis 910.000 Betroffenen unter den Migranten ausgehen, die potentiell das psychiatrische Versorgungssystem in Anspruch nehmen könnten.
2. dass wir als gemeindepsychiatrische Einrichtung eine Versorgungsverantwortung auch für die Migranten haben. In der Regeln haben die gemeindepsychiatrischen Einrichtung die Versorgungsverantwortung für eine Region übernommen. Demzufolge bezieht sich diese Verantwortung auf alle Menschen dieser Region, unabhängig von der Art ihrer Erkrankung und unabhängig auch von ihrer Herkunft und Nationalität. Aus diesem Grunde obliegt uns auch die Beratung und Betreuung von psychisch erkrankten Migranten.

Die Entwicklung unserer Angebote

1998 haben wir eine AB-Maßnahme für den Bereich Migration beantragt. Die Maßnahme wurde bewilligt. Die Finanzierung des Eigenanteils übernahm der Landschaftsverband Rheinland.

Zum 1. Dezember 1998 haben wir einen türkisch-sprachigen Sozialwissenschaftler eingestellt. Im Zeitraum der Laufzeit seiner zweijährigen Maßnahme sollte er für uns herausfinden:

- Aus welchem Grunde die Migranten unsere Angebote nicht in Anspruch nehmen.
- Welche Schritte wir unternehmen müssen, um unsere Angebote den Migranten zu öffnen.
- Erste Beratungsangebote für türkischsprachige Menschen aufbauen und umsetzen.

Schon das erste Ergebnis hat uns völlig überrascht! Obwohl wir schon seit fast zwanzig Jahren in dem Bereich arbeiten und obwohl unsere Einrichtung Mitten im Zentrum von Hamborn in unmittelbarer Nähe zur Fußgängerzone liegt und obwohl sich viele türkische Geschäfte in unserer unmittelbaren Nachbarschaft befinden und obwohl wir in der Öffentlichkeit und der Presse bekannt sind, waren wir in der türkisch-sprachigen Gemeinde fast völlig unbekannt. Die Menschen wussten nichts von unseren Angeboten.

Nach dem Ablauf der AB-Maßnahme konnten wir zu Beginn des Jahres 2001 eine türkisch-sprachige Mitarbeiterin im Bereich des Betreuten Wohnen mit einer halben Stellen beschäftigen. Darüber hinaus finanziert der Landschaftsverband eine weitere halbe Stelle im Rahmen des Aufbaus vom migrantenspezifischen Angeboten für Migranten mit psychischen Problemen.

Unsere Erfahrungen

Im Laufe der vergangenen vier Jahre haben wir einen reichhaltigen Erfahrungsschatz in der Arbeit mit (türkischsprachigen) Migranten sammeln können. Voraussetzung dafür war zuallererst, dass wir „offensiv“ auf die Migranten zugegangen sind. Nicht wenige der Betroffenen haben im Laufe der Jahre ein Bündel von schlechten Erfahrungen im Umgang mit Behörden und Institutionen gesammelt,

das sie entmutigt unsere Einrichtungen aufzusuchen.

Auch im Gesundheitsbereich finden sich genügend Beispiele, wenn nicht für eine Stigmatisierung so doch für eine weitgehende Ignoranz der besonderen Situation und der Probleme der betroffenen psychisch erkrankten Migranten. Eindeutige Indizien dafür sind Begriffe wie „Morbus Bosporus“, „Mamma-Mia-Syndrom“ oder „maghrebinischer Ausnahmezustand“, die ernsthaft in den Anamnesebögen behandelnder Ärzte zu finden waren.

Insbesondere die Angst vor einer möglichen Ausweisung oder Abschiebung schreckten viele Migranten davor ab, unsere Einrichtung auszusuchen. Deswegen betonen wir immer wieder, dass wir kein Amt und keine Behörde sind. Wir informieren sie darüber, dass die Betroffenen sich auf Grund einer psychischen Erkrankung keine Sorgen um ihren ausländerrechtlichen Status zu machen brauchen.

Dennoch sind die Plätze im Betreuten Wohnen und unser Beratungsangebot schon seit langer Zeit ausgeschöpft. Immer wieder müssen wir wegen mangelnder Beratungskapazitäten Anfragen zurückweisen. Insgesamt konnten wir schon nach kurzer Zeit feststellen, dass der Bedarf deutlich höher ist als die Kapazitäten, die wir zur Verfügung stellen können.

Wir sind gespannt, wie sich die Situation nach den rechtlichen Veränderungen und der Einführung des Hilfeplans im Betreuten Wohnen entwickeln wird. Nach unseren bisherigen Erfahrungen haben viele der betroffenen Menschen starke Ressentiments gegen ausführliche Fragebögen. Darüber hinaus sind in den Bögen des Landschaftsverbandes migrantenspezifische Fragestellungen überhaupt nicht berücksichtigt. Wir hoffen, dass wir mit dem Landschaftsverband diesbezüglich in der nächsten Zeit noch ins Gespräch kommen können.

Ein zentraler Ansatz zur Öffnung unserer Einrichtungen gegenüber den Migranten unterschiedlichster Herkunft ist die Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund oder muttersprachlicher Fach-

kräfte, der Gruppen von Migranten die in der Versorgungsregion zahlenmäßig am stärksten vertreten sind. Ebenso wie es kaum Migranten als Nutzer der Einrichtungen gibt, sind auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund eher selten in unseren Einrichtungen beschäftigt.

Natürlich kann nicht jede Einrichtung nun muttersprachliche Mitarbeiter einstellen. Häufig ist die Gewichtung der verschiedenen Gruppen von Migranten nicht so eindeutig wie beispielsweise in Duisburg. Nicht selten gibt es in der Region oder der Einrichtung mehrere Ethnien. Wichtig in einer solchen Situation erscheint mir das Thema „Beratung von Migranten“ anzusprechen, die Besonderheiten zu thematisieren und sich Informationen über die verschiedenen Ethnien zu besorgen. Ein solches Vorgehen ist einerseits professionell und andererseits wird die Auseinandersetzung mit der Thematik unseren Umgang verändern.

Auf Grund des hohen Anteil türkischsprachiger Migranten haben wir uns entschieden, eine türkisch-sprachige Mitarbeiterin einzustellen. Mit dieser Einstellung verfolgten wir drei unterschiedliche Ziele:

- Erstens wollten wir ein Angebot für türkisch-sprachige Menschen mit psychischen Störungen aufbauen und vorhalten. Auf diese Weise können Probleme mit der deutschen Sprache umgangen werden, da eine nicht unerhebliche Zahl von Betroffenen nur schlecht oder gar kein Deutsch spricht. So sprechen von den sechs Klienten im Betreuten Wohnen vier wenig Deutsch, eine Klientin beherrscht die deutsche Sprache gar nicht und nur eine Klientin spricht gut Deutsch. Von den 38 Klienten, die wir darüber hinaus beraten sprechen 13 (34 %) gut Deutsch, 14 (37 %) wenig und 11 (29 %) gar kein Deutsch. Ein Grund mag darin bestehen, dass es insbesondere in der 1. Generation der Migranten einen hohen Anteil von Analphabeten gibt. Ihnen fällt das Erlernen der deutschen Sprache schon aus diesem Grund schwer.

Zudem ist die Annahme, dass sich die Sprachprobleme spätestens mit dem Heranwachsen der sogenannten 3. Generation, also den Menschen, die in Deutschland geboren, sozialisiert und aufgewachsen sind, von alleine erledigen werden, eindeutig falsch. Zum einen ist der Besuch des deutschen Schulsystems noch lange kein Garant für die Beherrschung der deutschen Sprache. (NRZ 27.11.02, Nach der

Unicef - Untersuchung „Bildungs-Benachteiligung in reichen Ländern“ ist die Wahrscheinlichkeit, dass deutsche Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand nur unzureichend Lesen und Schreiben lernen, drei Mal höher als bei Eltern mit guter Bildung. Die Wahrscheinlichkeit bei Kindern von Migranten liegt demzufolge vermutlich noch höher, weil dort noch weitere Faktoren den Spracherwerb erschweren.) Andererseits kommen durch Heirat und Zuzug immer wieder Menschen nach Deutschland, die die Sprache nicht oder kaum beherrschen.

- Zweitens und von ebenso großer Bedeutung sind die unterschiedlichen kulturellen, ethischen und moralischen Wertesysteme, die die Migranten aus ihren Ursprungsländern mit nach Deutschland bringen. Unserer Erfahrung nach fühlt sich ein großer Teil der Klienten bei einer muttersprachlichen Mitarbeiterin auf Grund gleicher oder ähnlicher kultureller Erfahrungen besser verstanden. Viele Klienten suchen daher ganz gezielt nur diese Mitarbeiterin auf. Hinzu kommt, dass ein großer Teil der türkisch-sprachigen Menschen eher aus den ländlichen Gebieten Anatoliens und nicht aus den Industrieregionen und Großstädten der Türkei stammt. Dies hat zur Folge, dass ein großer Teil der türkischen Community in Deutschland traditionalistischer ist als viele ihrer Landsleute in der Türkei. Wir kennen ähnliche Erscheinungen bei den Siebenbürger Sachsen, den Banater Schwaben oder auch einem Teil der Russland-Deutschen, deren Traditionalismus uns immer wieder in Erstaunen versetzt. Die Werte, die sie sich in ihren

Siedlungsgebieten Osteuropas bewahrt haben, haben in dem Deutschland von heute schon seit vielen Jahren oder Jahrzehnten keine Bedeutung mehr.

- Drittens sollten die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung durch die Einstellung einer muttersprachlichen Mitarbeiterin für das Thema Interkulturalität sensibilisiert werden. Allein der Anspruch, ein multikulturelles (Sozialpsychiatrisches) Zentrum zu sein, genügt noch lange nicht. Und so ist der Prozess der kulturellen Öffnung in unserer Einrichtung auch noch nicht abgeschlossen. In „internen Weiterbildungen“ und einzelnen Schwerpunktteams zu diesem Thema versuchen wir den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine interkulturelle Kompetenz zu vermitteln. Diese Kompetenz soll die MitarbeiterInnen in die Lage versetzen, besser auf die Situation und Bedürfnisse der Migranten zu reagieren.

Darüber hinaus haben wir bei vielen öffentlichen Anlässen versucht unsere Öffnung nach außen zu dokumentieren und Zugangsbarrieren abzubauen. So gab es bei den vergangenen Sommerfesten türkische Live-Musik und türkische Speisen und Getränke.

Kurz nach den tragischen Anschlägen des 11. September 2001 haben wir eine Informationsveranstaltung über den Islam für unsere Klienten durchgeführt.

Wir haben einen Flyer entwickelt, der unsere Angebote in türkischer Sprache darstellt.

Wir versuchen, das Thema in unsere Konzeption und Leitbildentwicklung zu integrieren und haben Mitte des vergangenen Jahres einen türkisch-sprachigen Psychologen in unseren Vorstand gewählt.

Insgesamt hat sich in den vergangenen beiden Jahren in diesem Bereich einiges bewegt.

Es gibt eine Arbeitskreis im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW zu diesem Thema, die AGpR hat eine Fortbildung zum Thema Migranten durchgeführt. Und nicht zuletzt diese Tagung hier, durchgeführt und or-

ganisiert mit Unterstützung des Landschaftsverbandes beweist, dass viele Träger oder Personen ein Interesse an diesem Thema haben und bereit sind, sich zu engagieren.

Dr. Thomas Hegemann

Interkulturelle Kompetenz - Ein neues Modewort oder eine notwendige / zeitgemäße Grundhaltung?

Fachlichkeit, Haltungen und Gestaltung struktureller Rahmenbedingungen für die psychiatrische Versorgung in der multikulturellen Gesellschaft

Anforderungen

In Migrationsgesellschaften, wie der unsrigen, kann eine Fachlichkeit in psychosozialen Servicediensten nur garantiert werden, wenn dem kompetente Umgang mit *dem Kulturellen* die gleiche fachliche Bedeutung zugemessen wird, wie professionellem Wissen im eigenen Fachgebiet, wie kommunikativen Kompetenzen, wie beratenden Haltungen und wie Kenntnissen der relevanten Kontexte.

Dieser Beitrag stellt dazu die bedeutsamsten Herausforderungen, eine Konzeptualisierung von Kultur in psychosozialen Settings und die wichtigsten Aspekte interkultureller Kompetenz vor. Abschließend werden Rahmenbedingungen beschrieben, die sich als nützlich erwiesen haben, um in Institutionen, Verbänden und Fachgesellschaften eine Kultursensibilität zu fördern, welche Voraussetzung für ein interkulturelles Qualitätsmanagement sind. Sinn und Zweck interkultureller Qualität psychosozialer Servicedienste in diesem Sinne sollte daran ausgerichtet sein, Zugangsbarrieren abzubauen, was in der aktuellen Diskussion in Deutschland schlagwortartig als *Öffnung der Dienste* bezeichnet wird.

Bevor der Schwerpunkt dieses Beitrags auf kulturelle Fragen gelenkt wird, sollte ausdrücklich hervorgehoben werden, dass kulturelle Fremdheit bei weitem nicht die einschneidendste Belastung für die Mehrheit der Migranten und kulturellen Minoritäten unseres Landes sind. Die Meisten von ihnen sind einer ganzen Reihe von Belastungen ausgesetzt, die über das all-

gemein üblich Maß hinaus gehen. Einige davon darf ich hier vorstellen:

Die Mehrzahl der Migranten

- leben in **sozialer Unterprivilegierung** mit schlechteren Einkommens- und Wohnverhältnissen, unterdurchschnittlichen Bildungsvoraussetzungen und höherer Arbeitslosigkeit und haben daher mit vergleichbaren Schwierigkeiten zu kämpfen, wie vergleichbare soziale Gruppen der autochtonen Bevölkerung.
- leiden unter **sprachlichen Barrieren**, da sie die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, was ihren Zugang zu sprachlich bestimmten gesellschaftlichen Bereichen erschwert.
- beklagen eine **kulturelle Fremdheit** oder werden als kulturell fremd angesehen, da ihnen viele gesellschaftliche Bereiche, einschließlich derjenigen der gesundheitlichen und psychiatrischen Versorgung nicht ausreichend vertraut sind.
- haben aufgrund **ausländerrechtliche Beschränkungen** nicht den gleichen Zugang zur gesundheitlichen Servicediensten. Die täglichen Konflikte in der Suchthilfe aber auch bei der psychiatrischen Versorgung von Asylbewerbern zeigt diese Problemlage augenfällig.
- sind auch außerhalb formaler Benachteiligung einer großen Breite von informellen **Diskriminierungen und**

Rassismus durch Teile der Mehrheitsbevölkerung ausgesetzt, was Vertrauensvorbehalte zur Folge haben kann.

Diese Belastungen haben eine sich gegenseitig potenzierende Wirkung für Einzelne und Familien, und je mehr von ihnen zusammen kommen um so schwerer wird die Integration für die Betroffenen.

Als Selbstverständlichkeit darf vorausgesetzt werden, dass es Ziel sein muss, dass Migranten und Minoritäten als Patienten und als Fachkräfte den selben Standard der Versorgung und Betreuung von Seiten psychiatrischer Institutionen erhalten, wie die Angehörigen der Mehrheitsbevölkerung. Dies gilt für die diagnostische Abklärung, die medikamentöse Versorgung, die Aufklärung über die Implikationen der Krankheit, die sozialen und Arbeits-Rehabilitationsmöglichkeiten, die Angehörigen- und Familienbetreuung.

Obwohl die psychiatrischen Serviceeinrichtungen im Prinzip allen Menschen unserer Wohnbevölkerung offen stehen, sind Unterschiedlichkeiten in der Versorgungspraxis offensichtlich: Die Migrantenbevölkerung und besonders einzelne ethnische Gruppe nutzen die Serviceangebote der Psychiatrie unterdurchschnittlich. Einzelne Gruppen sind zwar in Bereichen der Akutversorgung und auch in der Forensik überrepräsentiert. Generell zeigt sich aber, dass Migranten die rehabilitativen Angebote der Psychiatrie deutlich unterdurchschnittlich nutzen, insbesondere gilt dies für die Arbeitsrehabilitation, die sozialtherapeutischen Angebote und die stationäre wie ambulante Psychotherapie.

Untersuchungen in anderen Ländern haben gezeigt, dass dies im Wesentlichen strukturelle und nur bedingt fachliche Ursachen hat. Daher werden auch Veränderungen in erster Linie über die Gestaltung günstigerer Rahmenbedingungen erreicht.

Interkulturelle Kompetenz

Wie für alle Serviceleistungen gilt auch für die psychiatrische Versorgung eth-

nisch/kultureller Minderheiten, dass deren Effektivität neben der Bewältigung von Sprachproblemen ganz entscheidend davon abhängt, ob es gelingt eine Kooperation herzustellen und unterschiedliche soziale Erfahrung und kulturbedingte Sichtweisen besprechbar zu machen. Diese betrifft insbesondere Themen wie Leid und Krankheit, familiäre und soziale Probleme, die Gründe der Migration und die Akzeptanz oder Diskriminierung durch die Mehrheitsbevölkerung, vor allem aber Sichtweisen über Sinn und Zweck der einzelnen psychosozialen Serviceeinrichtungen.

Eine Anpassung der unterschiedlichen Sichtweisen ist jedoch kein Zustand, der irgendwo oder irgendwie erreicht werden kann, sondern es handelt sich hierbei um einen andauernden Prozess, der in einem Umfeld divergierender Interessen entwickelt werden muss. Dies zeigt die Erfahrung in anderen Ländern, die uns in dieser Entwicklung voraus sind; dies zeigt die Erfahrung mit dem Abbau struktureller Zugangsbarrieren gegenüber anderen sozialen Gruppen (i.e. Frauen) und dies zeigt die Erfahrung bei der Implementierung von Qualitätsstandards zu anderen Themenbereichen.

Zur Bewältigung dieser Aufgabe werden Fähigkeiten benötigt, die in der letzten Zeit unter dem Begriff der *interkulturelle Kompetenz* zusammengefasst werden. Um eine solche zu erwerben ist es erforderlich, sich auf den kulturellen Landkarten kundig zu machen, nach denen Menschen durch ihr Leben reisen. Dies wird besonders dann deutlich, wenn die an Gesprächen Beteiligten von unterschiedlichen Landkarten ausgehen.

Diese inneren Landkarten betreffend ergeben sich Missverständnisse im gesundheitlichen und sozialen Bereich vor allem zu drei Ideenkomplexen:

- Ideen zu **Beziehungen**: über den Umgang zwischen Männern und Frauen, zwischen Jüngeren und Älteren, zwischen Kernfamilie und Großfamilie, zwischen Verwandtschaft und Nichtverwandtschaft und dabei zwischen innen und außen und den qualitativen und

quantitativen Dimensionen dieser Beziehungen.

- Ideen zu **normal** und **anormal**, und wenn **anormal** ob krank, unmoralisch, böse, verhext, trauernd oder wütend, und wenn krank, ob dies als konstitutionell, infektiös, spirituell, vergiftet, fehlernährt oder vererbt zu erklären ist.
- Ideen zur **angemessenen Behandlung**, insbesondere dazu, welche Umgehensweisen, welche Professionen und welche Einrichtungen als adäquat angesehen werden.

Alle diese Themenkomplexe, die ja auch im Umgang mit der autochthonen Bevölkerung eine Bedeutung haben, haben eine Kulturdimension, deren Relevanz für die Psychiatrie zu diskutieren ist.

Eine solche Diskussion wird nicht möglich sein, ohne sich auf einen Kulturbegriff zu einigen. Aus der Vielzahl von Kulturdefinitionen möchte ich hier einen Vorschlag machen, den ich von *C. Falikov* übernommen habe, weil er sich durch ein dynamisches Konzept und eine soziale Perspektive auszeichnet.

Danach stellt *Kultur für uns alle den Hintergrund etablierter und über Generationen überlieferter Sichtweisen, Werte und Haltungen dar, nach dem wir unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln organisieren, die wir aber auch in ganz individueller wie auch kollektiver Weise modifizieren und weiterentwickeln*. Art, Tempo und Ausgestaltung dieser Weiterentwicklung hängt ab von den Kontexten, an denen wir teilhaben. Die gilt ebenso wie für das Alltags- und Privatleben auch für die Konzepte und Routinen der Psychiatrie und ihrer unterschiedlichen Servicedienste. Jedem psychiatrisch Tätigen wird beispielsweise vertraut sein, dass Landeskrankenhäuser oder sozialpsychiatrische Dienste andere Psychiatriekulturen ausbilden, die von einzelnen wie auch von allen (Beschäftigten wie Patienten) in unterschiedlicher Weise weiter entwickelt werden als die Psychiatriekulturen in Universitätskliniken. Vergleichbare Kulturunterschiede lassen sich zwischen der pflegeri-

schen und der ärztlichen Berufsgruppe beobachten, zwischen ländlichen und städtischen Servicediensten und zwischen den Anhängern der verschiedenen Psychotherapietraditionen.

Relevant werden kulturbedingte Unterschiede aber nicht nur bei der Ausgestaltung von Arbeitskulturen. Für die Psychiatrie haben sie eine zentrale Bedeutung bei der Gestaltung der Patientenbeziehungen. Konsequenz zu Ende gedacht, hätten sie jedoch erhebliche Veränderungen in der psychiatrischen Alltagspraxis zur Folge. Die medizinethnologische Literatur weist ausdrücklich darauf hin, dass hiermit zentrale Denktraditionen der westlichen Psychiatrie in Frage gestellt werden. Im Wesentlichen gilt dies für die Psychopathologie, die davon ausgeht, dass eine wertfreie exakte Beobachtung von Verhalten es erlaubt, Normalität oder Pathologie zu beurteilen und auf dieser Grundlage Klassifikationen vorzunehmen. Sie betonen, dass die Psychiatrie selber und das Werthen und Handeln der Professionellen kulturellen Werten unterliegen, die in eine westliche Denktradition eingebunden sind und die sich kollektiv weiterentwickelt. Die laufende Neuformulierung der Klassifikationsmanuale ICD und DSM und die damit einhergehenden Diskussionen machen dies in besonderer Weise deutlich. Im alltäglichen Handeln stellt sich die Frage, ob an Individuen orientierte Rehabilitationsziele wie Autonomie und Selbstständigkeit zu kommunalistisch orientierten Kulturen, die die Eingebundenheit in Gruppen betonen, überhaupt passt.

Letztlich ist der zentrale Appell an die Professionellen in der Psychiatrie, die eigenen kulturellen Werte und Haltungen mitzudenken und eine Vermittlung zwischen den kulturellen Landkarten der Patienten und Ihnen Familien einerseits und den institutionellen wie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen andererseits zu leisten.

Kontexte und Dynamiken

Wie oben beschrieben, kann die kulturelle Determiniertheit von Verhalten nur verstanden werden, wenn man sich mit den

vergangenen und aktuellen Lebenswirklichkeiten der Menschen vertraut macht. Auch wenn im Umgang mit Migrierten kulturelle Unterschiede vorrangig imponieren, ist für eine professionelle Beratung die Beachtung der Lebenswirklichkeiten, in der die Klienten aktuell leben und zuvor gelebt haben, von zentraler Bedeutung.

Dieser Ansatz geht davon aus, dass professionelle Beratung nur wirksam sein kann, wenn Professionelle sich mit der Lebenswirklichkeit ihrer Klientinnen und Klienten vertraut machen und die lokalen Strukturen kennen. In Schulungen gilt es daher, die Aufmerksamkeit für die Zusammenhänge zwischen psychischem, körperlichem und sozialem Leid zu fördern. Interkulturelle Beratung und Therapie ist daher ohne sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Grundkenntnisse und eine Vertrautheit mit den lokalen *Communities* und der lokalen Versorgungslandschaft kaum vorstellbar.

Neben diesen sozialpsychologischen Grundlagen erfordern Migranten und Minoritäten eine Berücksichtigung der für sie besonderen Bedingungen. Professionelle sollten daher vertraut sein mit...

- den für die jeweilige Region typischen Wanderungsbewegungen und den häufigsten Minoritäten- und Migrantengruppen.
- psychologischen Dimensionen und Anpassungsprozessen von Migration für Individuen und Familien. *Sluzki* bietet dazu eine gute Übersicht und beschreibt die für einzelne Migrationsphasen sinnvollen Beratungsinterventionen. Auch wenn in der soziologischen Literatur basierend auf der Stresshypothese Migration tendenziell als Belastung beschrieben wird, kann nicht nachdrücklich genug hervorgehoben werden, dass Migration durch die Möglichkeit des Zugriffs auf verschiedene kulturelle Lösungsmodelle für viele Menschen auch Chancen für eine Erweiterung ihrer Lebensperspektiven bietet.

- psychologischen Folgen von Minoritätensituation und Diskriminierung. Persönliche oder kollektive Erfahrung von Diskriminierung und offenem oder institutionellem Rassismus erklären Vorbehalte, die für beide Seiten beziehungsgestaltend sein können. Hier gilt es, bei realistischer Einschätzung gesellschaftlicher Wirklichkeiten, Rassismus als ein kulturübergreifendes Phänomen anzuerkennen und damit aufmerksamer umzugehen.
- Grundkenntnisse der jeweiligen Ausländergesetzgebung. Rechtliche Einschränkungen stellen für viele Beratungssettings einen höchst relevanten Kontext dar - am augenfälligsten in der Suchtberatung. Gute Literaturübersichten stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen vor und weisen auf die sich daraus ergebenden Vorbehalte der Klientinnen hin.

Neben der Fachlichkeit im jeweiligen Aufgabengebiet und der Beachtung der beschriebenen kulturellen und sozialen Hintergründe gehört zum Standard interkultureller Kompetenz eine Haltung der Allparteilichkeit. Dies betrifft sowohl eine Allparteilichkeit zu Personen, zu kulturellen Werten wie zu der ganz zentralen Frage, ob Verhaltensänderungen überhaupt angebracht sind. Im interkulturellen Bereich wird diese Form der Neutralität in besonderer Weise belastet. Besonders häufig geschieht das dadurch, dass Professionelle mit Wert- und Lebenshaltungen konfrontiert werden, die deutlich von den eigenen abweichen oder diesen mehr oder weniger widersprechen. Vielfach können Fachpersonen aus einer eigenen Werthaltung auch geneigt sein, einzelne Patientinnen oder Patienten vor den kulturellen Werthaltungen ihrer eigenen Familie oder dem kulturellen Umfeld schützen wollen; oder sie fühlen sich durch kulturell ungewohnte Verhaltensweisen der Klienten getäuscht.

Diese Haltung der Allparteilichkeit basiert auf einem Menschenbild, das davon ausgeht, dass Mensch grundsätzlich in der Lage sind, ihre Probleme zu bewältigen, und dass wir am besten von diejenigen

lernen können, denen dies mit eigenen Mitteln und ohne beraterische und therapeutische Hilfe gelingt. Systemische Konzepte haben dazu ein Fragenrepertoire entwickelt, welches in strukturierten Trainings erlernt werden kann.

Entwicklungsperspektiven

Wer die Entwicklung der psychiatrischen Praxis in diesem Land beobachtet, weiß, dass Veränderungen nur in kleinen Schritten möglich sind und Geduld und Ausdauer über Jahre erfordern. Die gegebenen Traditionen gilt es zu akzeptieren und im bestehenden Rahmen Veränderungen einzuleiten. Je eher sich Leitungsebenen der Frage einer besseren Versorgung der Patienten aus anderen Kulturen öffnen, um so leichter wird diese für die anderen Mitarbeiter. Aber auch auf der Ebene der einzelnen Servicedienste, der Fort- und Weiterbildung und der Verwaltung gibt es in Deutschland ermutigende Beispiele.

Ziel sollte es sein *Interkulturelle Kompetenz* aller Mitarbeiter auf allen Ebenen zu fördern. Diese Fähigkeit, mit Menschen eines fremden kulturellen Hintergrundes kommunizieren zu können erfordert:

- sich über den kulturellen Hintergrund anderer kundig machen zu können,
- sich über den kulturellen Hintergrund des eigenen Handels klarer zu werden,
- sich der Relativität von Werten im Klaren zu sein,
- keinen Stereotypen - zu erliegen,
- soziale Kontexte mitdenken zu können,
- sich verbal und nonverbal für beide Kulturen akzeptabel ausdrücken zu können,
- mit Menschen unterschiedlicher Kulturen gemeinsame Realitäten und Lösungen finden zu können,
- mit Dolmetschern arbeiten zu können.

Diese Kompetenzen können als Module im Rahmen der Weiterbildung für alle Berufsgruppen in der Psychiatrie vermittelt werden. Sowohl für die ärztliche wie für

die pflegerische Berufsgruppe haben einzelne Zentren vorbildliche Trainingseinheiten entwickelt. Literaturempfehlungen und gezielte Fortbildungen zu Schwerpunktthemen der Psychiatrie können eine sinnvolle Ergänzung sein. Jeder, der in der Psychiatrie Verantwortung trägt, kann dazu beitragen, dass hier eine größere Tiefen- und Breitenwirkung erreicht wird, und dass diese Kompetenzen zu Qualitätsstandards werden.

Lernen von Europa

Offen muss gesagt werden, dass diejenigen Länder die kultursensibelsten Behandlungsprogramme entwickelt haben, die sich für eine Antidiskriminierungsgesetzgebung entschieden haben. Namentlich gilt dies für Großbritannien, die Niederlande, Frankreich und einige nordische Länder. In gleicher Weise können solche Entwicklungen in Kanada, den USA, und Australien beobachtet werden. Auch wenn der Wähler eine derartige Politik auch wieder relativieren kann, wie die Niederlande, Dänemark oder Australien zeigen, führen Gesetzgebungen zwar nicht sofort zu Mentalitätsveränderungen, sie wirken aber strukturbildend. Der entscheidende Punkt ist, dass sie eine Aufmerksamkeit zu kulturellen Fragen in allen sozialen Bereichen erzwingen und damit auch in den Institutionen und bei denjenigen Leitern verändernd wirken, die aus sich heraus dieser Thematik keine Aufmerksamkeit schenken wollen. So erfolgt eine Thematisierung der strukturellen Benachteiligung ethnisch/kultureller Minderheiten auf den unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig: der Gesetzgebung, dem Arbeitsschutz, der Patientenlobby, der Angehörigenlobby, den beruflichen Fachverbänden, der Forschung, der Personal- und Gewerkschaftsvertretung, dem Unterrichts- und Ausbildungswesen.

Als günstige Rahmenbedingungen für die Förderung interkultureller Kompetenz haben sich erwiesen:

- **Kulturorientierte Personalpolitik**
In den genannten Ländern sind die Personalverwaltungen gehalten, dar-

auf zu achten, dass die Minderheiten unter den Beschäftigten angemessen vertreten sind. Psychiater, Pflegende, Soziologen, Gewerkschaftler und andere gesellschaftliche Gruppen verfolgen diesen Prozess und diskutieren ihn lebhaft. Beispielhaft nehmen das Royal College of Psychiatry und die niederländisch psychiatrische Vereinigung als Fachverbände öffentlich Stellung zu dieser Frage und haben Befragte dazu eingesetzt.

- **Epidemiologische Forschung**

In den genannten Ländern, am intensivsten in Großbritannien erfolgt eine intensive epidemiologische Forschung zu Fragen der Nutzung, der Ergebnisse, der Diagnosenverteilung, der Unterbringungen bezogen auf Minderheiten generell und auf die Verteilung unter den verschiedenen Gruppen. Die namhafteste psychiatrische Forschungseinrichtung, das *Maudsley Institute* in London, ist führend dabei; die Fachzeitschriften z.B. das *British Journal of Psychiatry* publizieren laufend zu dieser Thematik. Diese Ergebnisse wiederum werden dann in den sozial- und gesundheitspolitischen Argumentationen der oben beschriebenen gesellschaftlichen Gruppen zitiert.

- **Dolmetscher- und Übersetzungsdienste**

In den beschriebenen Ländern wurde mit staatlicher Unterstützung Dolmetscherdienste aufgebaut, die eine kulturkompetente Sprachvermittlung anbieten. In der Organisationsform gibt es dabei beträchtliche Unterschiede. Sobald der Staat sich dieser Aufgabe annimmt, kommt es unweigerlich zu einer Qualitätskontrolle die zur Entwicklung von Service- und Ausbildungsstandards führt. Mittlerweile gibt es in Deutschland auch dazu modellhafte Einrichtungen

- **Standard Curricula zur Transkulturellen Psychiatrie**

Module zum Erwerb einer *interkulturellen Kompetenz* in der Psychiatrie sind bereits in einer Reihe Ländern entwickelt worden und gehören zum Pflichtkanon der entsprechenden Curricula. Mehrere Themen werden als essentiell für Fort- und Weiterbildung genannt:

- Epidemiologie
- Migrations- und Minderheiten-Psychologie
- Politische, soziale und rechtliche Rahmenbedingungen
- Anthropologische und ethnologische Konzepte
 - zu Gesundheit und Krankheit
 - zu sozialen Rollen
- Kulturelle Dimension der Professionellen-Patienten-Beziehung
- Diagnostik und kulturelle Dimension von DSM und ICD
- Kulturelle Dimension von Kooperation und Compliance
- Interkulturelle Kommunikation
- Arbeiten mit Dolmetschern
- Kulturelle Traditionen der Psychiatrie und ihrer Unterstrukturen

Alle genannten Dimensionen interkultureller Kompetenz in der psychiatrischen Arbeit können nur gepflegt und ausgebaut werden, wenn es gelingt, eine Lernkultur zu etablieren, in der die Repräsentanten unterschiedlicher kultureller und professioneller Herkunft voneinander und miteinander lernen. Dies gelingt am leichtesten in einer institutionellen Kultur, die Rückmeldeprozesse fördert um ein Lernen aus der Praxis zu ermöglichen und Erfahrungen, die im Umgang mit Patienten gesammelt werden in der Gestaltung von

Rahmenbedingungen umzusetzen. Dazu gehören im Besonderen die Förderung persönlicher Kompetenzen, die dem einzelnen gestatten, sich in komplexen beruflichen und institutionellen Kontexten bewegen zu können. Auf Leitungen kommen damit ganz neue Verantwortungen zu, Rahmenbedingungen zu schaffen, die erfahrungsgestütztes Lernen fördern.

Zusammenfassung:

Unter *interkultureller Kompetenz* ist weniger ein Methodenrepertoire zu verstehen sondern eher eine Prozess, der in erster Linie die Weiterentwicklung von Haltungen und Konzepten voraussetzt. Zentrale Aufgabe ist es die Kulturgebundenheit des eigenen Tuns im Allgemeinen und der psychiatrischen Praxis und Tradition im Speziellen neu zu reflektieren. Von vielen europäischen Nachbarn können wir lernen, dass eine Veränderung von Routinen und Strukturen gleichzeitig Konsequenz und Voraussetzung für die Entwicklung kulturangepasster Behandlungskonzepte ist.

Weiterführende Literatur

Domenig, D. (2001) (Hg.). Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Hans Huber.

Hegemann T.& Salman R. (2001) (Hrsg.), Transkulturelle Psychiatrie - Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag

Hegemann T. & Lenk-Neumann B. (2002) (Hrsg.) Interkulturelle Beratung - Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Berlin: VWB

Machleidt, W. (2002), Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung von Migranten in Deutschland. Nervenarzt Nr. 73, 1208-1212.

Radice J., Eimmermacher H. & Lanfranchi A. (2004) (Hrsg.) Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Beltz

Salman, R., Tuna, S. & Lessing, A. (1999) (Hrsg.) Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Psychosozial Verlag: Gießen

Schlippe, A. v., El Haschimi, M. & Jürgens G. (2003). Multikulturelle Systemische Praxis. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

www.bayzent.de
www.istob.de

Dr. Yesim Erim

Die 12 Sonnenberger Leitlinien - Eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung -

Die Sonnenberger Richtlinien wurden bei einer Fachtagung vom 08.11. bis 10.11.2002 verabschiedet. Unterzeichner sind das Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP), die Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie und das ethnomedizinische Zentrum Hannover. Das Papier ist leider nicht veröffentlicht und auch im Internet nicht zugänglich. Aus diesem Grunde sollen die Leitlinien hier abgedruckt werden:

Die Sonnenberger Leitlinien sollten die Grundlage für eine „nationale Initiative der Fachgesellschaften bilden, zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der gesamten Bevölkerung und zur Integration von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen in die Bundesdeutsche Gesellschaft. Im folgenden werde ich Ihnen die zwölf Leitlinien vorstellen und zu diesen Stellung nehmen, wobei es der Referentin ein Anliegen ist, die Leistungen von Mitarbeitern der Rheinischen Kliniken im Bereich der jeweiligen Forderung deutlich zu machen.

1. Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit und Kultursensivität.
2. Bildung multikultureller Behandler aus allen in den Psychiatrie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz von psychologisch geschulten Fachdolmetschern als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „face to face“ oder als Telefondolmetscher.
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, Organisation und Verbänden, spezielle Behandlungserfordernisse können spezielle Einrichtungen notwendig machen.
5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie psychotherapeutischen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
6. Verbesserung der Information durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische, klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Ärzte.
7. Aus-, Vor- und Weiterbildung für in der Psychiatrie, psychotherapie-tätige Mitarbeiterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
8. Intensivierung der Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen und ohne professionelle Begleitung.

10. Sicherung des Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten und Migratinnen im Straf-, Zivil- und Sozialrecht.
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie in die Curricula des Studentenunterrichts an Hochschulen.
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migrantinnen und deren Versorgung.

Ich möchte zu den einzelnen Punkten Stellung nehmen und schließlich einige wichtige Voraussetzungen und Diskussionspunkte zusammentragen.

Zu 1:

Es handelt es sich um eine sicher sehr sinnvollen und nützliche Empfehlung. Ich würde unter Niederschwelligkeit die Möglichkeit von guter Erreichbarkeit, den Anschluss an gemeindenaher Versorgungsstrukturen verstehen. Unter Kultursensitivität ist eine größere Ansprechbarkeit der Institutionen für kulturelle und sprachliche Unterschiede anzunehmen, was in der direkten Versorgung einerseits durch den Einsatz von Therapeuten aus den jeweiligen ethnischen Gruppierungen, andererseits durch die Schulung von einheimischen Mitarbeitern zu gewährleisten ist. Durch diese beide Prinzipien durch die Niederschwelligkeit und die Kultursensitivität ist es unserer Institution vor sieben Jahren gelungen, eine gleichbleibende Anzahl von Migranten für die Inanspruchnahme eines besonderen muttersprachlichen Angebotes aufmerksam zu machen.

Zu 2:

Durch ein Stadtteilprojekt wurden vor sieben Jahren Multiplikatoren im Stadtbereich erreicht, anschließend konnte das Angebot vor Ort, das über ein Jahr vom Landschaftsverband finanziert wurde, nicht mehr aufrechterhalten werden. Das Angebot wurde jedoch auch in unserer Klinik zuerst in steigendem, dann in gleichbleibendem Maße von Migranten genutzt. Bei diesem Projekt war die Mitarbeit von türkischsprechenden Mitarbeitern

der zentrale Wirkfaktor. Diese Erfahrung, dass die Inanspruchnahme der Regelversorgungseinrichtungen zunimmt, wenn bilinguale Therapeuten dort eingesetzt werden, haben viele Kliniken in Deutschland gemacht.

Zu 3:

Das ist eine Empfehlung, die ich wenig realistisch und umsetzbar finde. Andererseits habe ich auch den Eindruck, dass diese Empfehlung in der alltäglichen Versorgungssituation keine Relevanz hat. Ich bin nicht der Meinung, dass man Dolmetscher ausreichend schulen und als Diagnostik-Helfer einsetzen kann. Ich finde diesen Eindruck auch durch die wissenschaftlichen Arbeiten, z. B. Hasen et al (2000), Odell (1997) und Cheng (1996) bestätigt. Hasen et al stellten fest, dass selbst bei manifesten, schwerwiegenden Verhaltensstörungen die Diagnostik durch sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme erschwert sein kann. In dieser Untersuchung wurden die Ergebnisse eines einheimischen und eines bilingualen Psychiaters nach einem Interview mit Patienten türkischer und deutscher Herkunft mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom miteinander verglichen. Die diagnostische Kongruenz zwischen den beiden Interviewern war bei Patienten deutscher Herkunft signifikant höher als bei denen türkischer Herkunft. Dabei war die Korrelation zwischen den beiden Interviewern bei türkischen Patienten mit guten Deutschkenntnissen höher, als bei denen mit schlechten Deutschkenntnissen. Odell stellte in einer in Großbritannien fest, dass die psychologischen Probleme bei Migranten eher erkannt werden, wenn sie mit sozialen Problemen einhergehen oder die Patienten eine psychiatrische Vorgeschichte haben. Cheng und Baxter fordern die Supervision durch einen bilingualen Psychotherapeuten, wenn eine Psychotherapie in Übersetzung stattfindet. Bei der Behandlung eines Flüchtlings in einer akuten psychischen Krise ist der Einsatz von Dolmetschern gerechtfertigt, es ist eine Einschränkung des therapeutischen Dialogs, die in Kauf genommen werden muss. Bei Verständigungsproblemen bei einem Patienten aus

einem der größeren ethnischen Gruppierungen bietet es sich meines Erachtens an, entweder einen muttersprachlichen Behandler oder einen Behandler zu finden, der sich ausreichend mit den kulturellen Besonderheiten dieser Gruppe auseingesetzt hat. Siehe auch Toker, 1997, 1998.

Diese Empfehlung, bei Bedarf Dolmetscher einzusetzen, die bei den Richtlinien an zweiter Stelle steht, hängt meines Erachtens von der Realität der Versorgungssituation ab. Die Probleme, die durch den Einsatz von Dolmetschern gelöst werden können, befinden sich im Bereich von akut-psychiatrischen Kriseninterventionen oder oben beschriebenen psychotherapeutischen Kriseninterventionen bei Flüchtlingen. Bei den meisten ethnischen Gruppierungen wird man in Deutschland auf einen Telefondolmetscher verzichten können, weil fast ausnahmslos alle Migranten in der Lage wären, dann besser einen Familienangehörigen als Dolmetscher mitzubringen.

Zu 4:

An diesem Punkt sollen die bisher entstandenen Modelle in der Versorgung von Migranten zusammengefasst werden (Übersicht bei Erim und Senf, 2003). Wir haben einmal das Modell der Erweiterung der Regelversorgung durch bilinguale Therapeuten, dann die Spezialeinrichtungen, die muttersprachliche Therapie für bestimmte ethnische Gruppen anbieten können, und schließlich das Verbundmodell, bei dem eine Regelversorgungseinrichtung mit muttersprachlichen Psychotherapeuten kooperiert. Diese können entweder niedergelassen sein oder aber hauptamtlich in einer anderen, z. B. einer Spezialeinrichtung für Migranten, tätig sein.

Zu 5:

Zum diesem Punkt möchte ich einen Gruppenpsychotherapeuten zitieren. König (2001) führt aus, dass die Wahrnehmung von Heterogenität in Gruppen grundsätzlich auch von ihrer Bejahung abhängt. Erst nachdem genügend Sicher-

heit für die „machtunterlegene Position“ geschaffen werde, könnten bestehende Unterschiede bewusstseinsfähig und ansprechbar werden. Die Tatsache, dass in Deutschland seit den 90er Jahren die Perspektive der Betroffenen, nämlich der Migranten durch ethnische muttersprachliche Psychotherapeuten immer deutlicher dargestellt werden konnte, ist auch im Zusammenhang mit einer größeren Akzeptanz der Zuwanderung und der größeren Bereitschaft der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen zu sehen, die Migranten an der Planung und Ausgestaltung der Versorgungsmaßnahmen für sie beteiligen zu lassen.

Zu 6:

Die Realisierung dieser Empfehlung wird vom Vorhandensein von Ressourcen abhängig sein.

Zu 7:

Hier sehen wir eine oft wiederholte Empfehlung, die jedoch im realistischen Rahmen bleiben muss. Wie viele Sprachen kann ein Psychiater sich aneignen, besonders, dann, wenn sie nicht aus dem indogermanischen Sprachraum kommen? Die Referentin hat in mehreren Lehrbüchern der Psychiatrie und Psychotherapie einen Beitrag für den speziellen interkulturellen Bereich geschrieben:

Erim Y, Möllering A (im Druck) Interkulturelle Aspekte in der Notfallmedizin, (Hrsg: Bengel) Springer Verlag

Glier, B., Erim, Y. (2003) Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P. (Hrsg.) Psychologische Schmerztherapie. Springer Verlag, Heidelberg, 5. Auflage.

Erim- Frodermann, Y.(1999) Psychotherapie mit Migranten. In Senf, W. and Broda W. (Hrsg) Praxis der Psychotherapie, ein integratives Lehrbuch der Psychiatrie, G. Thieme Verlag, Stuttgart : 634 - 639.

Zu 8:

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird auf das Thema der transkulturellen Psychiatrie Bezug genommen.

Die Intensivierung der Prävention für Migrantenfamilien mit Kindern ist eine langjährig bestehende Forderung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (Schepker et al, 1999 und Atabay, 2001).

Zu 9:

Auch die Unterstützung von Selbsthilfegruppen ist ein Ressourcenproblem.

Zu 10:

Zur Sicherung von Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migrantinnen muss ich aus konkreter Erfahrung berichten, dass die vergleichende wissenschaftliche Untersuchung von Sozialgerichtsgutachten auch aus Gründen des Datenschutzes sehr erschwert ist.

Zu 11:

Zu dieser Leitlinie wurde schon bei Punkt 7 Stellung genommen.

Zu 12:

Das ist eine allgemeine Empfehlung, die auch ressourcengebunden ist, und die man nur begrüßen kann.

Konkrete Forderungen

Ich denke, dass wir in der Diskussion nur dann weiter kommen, wenn wir auch konkrete Vorschläge und Empfehlungen entwickeln, die diese allgemein formulierten Empfehlungen Gestalt annehmen lassen. Zu kritisieren bleibt, dass es kaum Förderungen und Ressourcen für den Ausbau von multikulturellen Diensten gibt. Die Kliniken müssen sich meistens durch den Einsatz von bilingualen Psychotherapeuten helfen, dabei ist es schwierig, solche Kollegen einzustellen, weil das Approbationsrecht ärztlichen Kollegen, die die deutsche Staatsangehörigkeit nicht angenommen haben, die Approbation erst nach

acht Jahren ermöglicht. Das Psychotherapeutengesetz sieht eine Zulassung von Ärzten oder Psychotherapeuten ohne deutsche Staatsangehörigkeit nicht vor. Hierzu kommen viele Problemsituationen, mit denen die bilingualen Psychotherapeuten alleine fertig werden müssen, Situationen, bei denen soziale Missstände und anstehende politische Entscheidungen medizinalisiert werden. Dazu gehören z.B. die Begutachtungen sozialmedizinischen Rechts, bei denen für einen un- oder angelernten Arbeiter der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen ist und die Rente jedoch nicht gewährt werden kann, oder die Begutachtungen von Flüchtlingen im Rahmen des Aufenthaltsrecht, bei denen Menschen nach jahrelangem Aufenthalt in Deutschland mit der Rückkehr in ihre unsicheren Heimatländer konfrontiert werden. In solchen Situationen ist die Betroffenheit eines muttersprachlichen Therapeuten gegenüber einem Patienten aus der eigenen Ethnie groß, was oft damit zusammenhängt, dass eigene frühere Erfahrungen im Heimatland mobilisiert werden. Schlussendlich gibt es nicht viele ärztlich oder psychologisch gebildete Mitarbeiter mit bikulturellem Hintergrund, die im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie tätig sein möchten.

Die wichtigste Voraussetzung zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Migranten ist meines Erachtens dann gegeben, wenn Anreize und gesonderte Ressourcen für den Einsatz von bilingualen Psychotherapeuten und Psychiatern in Institutionen geschaffen werden.

LITERATUR

Atabay I (2001): Elternschule für türkische Familien. Projugend 4 /2001.

Erim Y, Senf W : Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte der Psychotherapie, Psychotherapeut. 47:336-346, 2003

Cheng LY (1993): Psychotherapy Supervision in Hong Kong a meeting of two cul-

tures. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 27 (1): 127 -132.

Haasen C, Yagdiran O, Maß R (2000): Differenzen zwischen der psychopathologischen Evaluation in deutscher und türkischer Sprache bei türkischen Migranten. Der Nervenarzt 71, 901 - 905.

Grube, M (2001): Evaluation eines Verbundprojektes zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten. Psychiatr Prax 28: 81 - 83

König O (2001): Die Gruppe der Individuen. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 37: 176 - 192.

Schepker, R, Toker, M und Eberding, A. (1999): Eine Institution in der psychosozialen Versorgung von türkischen Migrantenfamilien. Praxisrelevante Ergebnisse des Projekts „Familiäre Bewältigungsstrategien“ In: Gogolin I. und Nauck B. (Hrsg.): Migration, gesellschaftliche Differenzie-

rung und Bildung. Resultate des Forschungsschwerpunktes FABER (Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und Erziehung) Leske und Buderich, Leverkusen. S.: 255 –278.

Schepker, R(1998): Sinnggebung in der Migration. Jugendliche Winner und Loser aus der türkeistämmigen Minorität. In: Kiesel, D und von Lüpke, H (Hrsg): Vom Wahn und vom Sinn. Brandes & Appel, Frankfurt am Main.

Toker , M. (1997): Türkischsprachige Psychotherapieangebote im deutschsprachigen Raum. Lambertus Verlag, Freiburg i.B.

Toker, M (1998) Sprachliche und kulturelle Zugänge in der Psychotherapie - Dolmetscher als Kotherapeuthen? In: Koch E, Özek M, Pfeiffer W, Schepker R (Hrsg) Chancen und Risiken von Migration. 280-292

Podiumsdiskussion - Mitschnitt/Auszüge -

Moderation: Arnd Schwendy

Interkulturelle Öffnung - Migranten übernehmen das Ruder oder eine Bereicherung für Einrichtungen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Schwendy: Nachdem wir eben die Power von Migrantinnen erlebt haben und auch schon heute morgen in den Referaten sich gezeigt hat, mit welcher Kompetenz und welchem Elan sich vor allem türkische Kolleginnen und Kollegen für die Interessen ihrer Landsleute in unseren Bereichen einsetzen, dient diese Podiumsdiskussion dem Motto „Wie es weitergehen kann“. Es gibt einen breiten Konsens über das, was getan werden soll und eine gewisse Diskrepanz, zu dem, was tatsächlich vor Ort getan wird. Darauf versuchen meine Fragen Bezug zu nehmen.

Die erste Frage: Da psychiatrische Behandlungen bei Migrantinnen und Migranten sehr häufig viel zu spät einsetzen, müsste es inzwischen Erkenntnisse über die Folgen geben. Klingen die Leiden ohne Fachhilfe ab - oder zeigen sich Negativfolgen verspäteter Therapiebeginne?

Podium (Korkmaz): Nach meiner eigenen Praxiserfahrung kriege ich immer wieder mit, dass bis zur Inanspruchnahme der Angebote unserer Einrichtungen, bis dahin eigentlich dieses Klientel in der Familie irgendwie Hilfeangebote annimmt und wenn die Hilfsangebote nicht mehr ausgereicht haben, sie dann in Krankenhäuser wegen ihrer Erkrankung gekommen sind. Und sie da erst selbst festgestellt haben, dass sie Hilfe brauchen und dass die alleinige Familienunterstützung nicht ausreicht.

Schwendy: Ja, das ist eine Antwort, dass sind dann die, die verspätet zu Ihnen kommen. Ich begrüße Sie besonders herzlich, Sie sind ja die einzige, die hier

noch nicht gesprochen hat, Ihr Kollege hat ja ihre Arbeit heute Vormittag mit vorgestellt.

Podium (Ünal): Es gibt keine Untersuchung darüber, wie viel Prozent der Migrantinnen und Migranten wirklich professionelle psychiatrische Hilfe benötigen und wie sie mit ihrer Erkrankung klar kommen. Es gibt aber Erfahrungen darüber, z. B., was wir im Gesundheitszentrum machen. Sehr traditionelle Migrantinnen und Migranten gehen mit Ihrer Erkrankung zu einem Hodscha, das war im Kabarett auch eindrucksvoll geschildert, sie gehen zu diesen Heilern und versuchen damit klar zu kommen. Familie ist eine der Faktoren, aber in letzter Zeit erfahren wir immer noch, dass die Migranten die psychiatrische Versorgung in der Türkei in Anspruch nehmen. Sie gehen einfach in die Türkei lassen sich untersuchen und sogar Medikamente verschreiben und haben enorme Probleme, z. B. diese Medikamente sich hier weiter verschreiben zu lassen. Dies muss uns zu Denken geben. Warum die Menschen, obwohl sie in der Bundesrepublik leben....

Schwendy: Sind das hier nicht erlaubte Medikamente oder ...?

Podium (Ünal): Doch natürlich, dass sind ganz normale Medikamente, aber die werden ja in der Türkei mit anderen Namen produziert. Aber das muss uns wirklich zu Denken geben, obwohl wir hier eine ganz ganz differenzierte psychiatrische Versorgung haben. Und dennoch gehen die Menschen in die Türkei um die psychi-

atrische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Podium (Dr. Hegemann): Sie können hier eine Wechselwirkung beobachten. Es gibt vor allem Studien aus Amerika, die belegen, dass bestimmte Gruppen - die Formulierung heißt: „Gettobildende Populationen“ - im allgemeinen besser geschützt sind vor sozialem Absturz durch psychische Krankheit als solche, die das nicht sind.

In England gibt es Untersuchungen darüber, dass Inder und Pakistanis, die eben sehr enge Netzwerke bilden, besser geschützt sind, als die schwarze Population von den karibischen Inseln. Das setzt aber voraus, dass diese Netzwerke noch funktionieren, wie hier die Vorrednerin gesagt hat. Aber auch für die Migrantenpopulation in unserem Land können sie ja - mit Verzögerungen - ebenfalls beobachten, dass die sozialen und familiären Netzwerke brüchiger werden, je länger die Menschen hier sind. Zweitens können Sie eine Polarisierung der Servicedienste beobachten. Am besten ist es untersucht in Italien. Da passiert es, dass die Netzwerke der Familien diese Leute noch abfangen, so wie wir das von Herrn Ünal aus der Türkei beschrieben bekommen haben. Es bleibt dann aber eine Kernpopulation übrig, die dann in die Behandlungsdienste kommt und dann in einem desolaten Zustand ist. Die Untersuchungen vergleichen die Servicedienste in Norditalien, die vergleichbar sind mit unseren, mit denen in Sizilien, wo es ein Servicenetz in dieser Form nicht gibt. Wer einmal in Südeuropa psychiatrische Einrichtungen besucht, kann dort Kernsyndrome beobachten, die derart desolat sind, wie wir sie hier seit Jahren eigentlich in dieser Häufigkeit nicht mehr beobachten können.

Podium (Komes): Ich finde, das hat u. a. auch damit was zu tun - ich habe es in meinem Text ja kurz angesprochen. Zumindest die Träger der komplementären Versorgung, haben für sich den Anspruch, eine Regionalversorgung sich zu stellen. Was bei allen Trägern, und da gibt es eben auch keine Forderungen und auch keine Selbstverpflichtung, was bei allen

Trägern hinten herunter fällt und ich finde, dass man das eigentlich als zentrale Forderung in den Raum stellen müsste, ist die Forderung nach einer Selbstverpflichtung. Gerade hier im Ruhrgebiet und in den einzelnen Städten gibt es so große Bevölkerungsanteile von einzelnen Ethnien, das zumindest diese Ethnien im Prinzip auch im Personal abgebildet sein müssten. Und da gibt es im Moment überhaupt keine Bestrebungen. Ich glaube, da ist es in der Tat den einzelnen Einrichtungen bzw. da insbesondere den Führungskräften überlassen, ob das nun ihr Steckenpferd ist oder ob sie da überhaupt nicht mit umgehen wollen.

Podium (Toker): Vielleicht mal was aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben im Kinder- und Jugendbereich eine Großzahl von Spontanremissionen bei psychischen Störungen, das ist allgemein bekannt. Eine Enuresis die hält sich meistens nicht über das 14./15. Lebensjahr oder auch bei einer hyperkinetische Störung ist eine Remission im Jugendalter wahrscheinlich, ohne dass da hätte eine Behandlung stattfinden müssen. In der Zwischenzeit bis diese spontane Heilung stattgefunden hat, gibt es natürlich solche Umstände, die im Grunde auf die soziale Integration Auswirkungen haben. Und wir wissen zum Beispiel, dass eine unbehandelte hyperkinetische Störung sicherlich etwas mit Schulleistungsproblemen zu tun hat. Und dann haben wir das Problem verlagert aus den Kinder- und Jugendpsychiatrien oder aus den Beratungsstellen in die Schulen. Später, in der sozialen Integration sehen wir uns dann mit einer dissozialen Entwicklung konfrontiert, die im Grunde genommen das Problem aus dem pädagogischen Sektor in den Justizsektor verlagern. Also wir haben Verlagerungen von Prozessen. Und da kann man natürlich unschwer nachvollziehen für den Kinder- und Jugendbereich, was passiert, wenn ich Kinder und Jugendliche nicht behandle. Das kann zu Chronifizierungen führen, teilweise verlagert sich einfach nur das Problem und dann fällt es in anderen Feldern der Gesellschaft an.

Swendy: Die zweite Frage, die ich habe. Es gibt einen großen Konsens und es

wird ja auch verlangt und mehr und mehr in Kliniken und in außerklinischen Einrichtungen schon praktiziert, freie Stellen zu besetzen mit Therapeuten, Sozialarbeitern und Pflegekräften aus anderen Ländern. Es geht hier in Nordrhein-Westfalen vor allem um die große Gruppe der Türken. Aber ist ihr Eindruck, dass das wirklich schon offiziell Strategie ist oder ist es dem Beblieben - so wie Herr Ünal sagte - der Leitungen überlassen? Und wenn es so ist, kann man das eigentlich weiter hinnehmen vor dem Hintergrund, dass gerade in den großen Städten hier im Rheinland sehr viele Türken leben, die nicht adäquat versorgt werden?

Podium (Ünal): Ich glaube, dass es nicht selbstverständlich ist, in den vielen Einrichtungen, ausländische Facharbeiter einzustellen, obwohl fast 80 - 90 % der Klientel Migrantinnen und Migranten sind. Natürlich hängt es von den Ressourcen ab, aber manchmal auch von der Selbstverständlichkeit, dass man solche muttersprachlichen Fachkräfte einstellt. Ich kann zwei, drei Beispiele geben. Im Drogenbereich - das wissen Sie, Herr Schwendy, sehr gut - haben wir zwei große Einrichtungen, SKM und Drogenhilfe e. V.. Und sie haben über 100 hauptamtliche Mitarbeiter im Drogenbereich, es gibt hier 10.000 Drogenabhängige und wir haben drei bis vier Jahre dafür gekämpft, dass SKM nur einen einzigen türkischen Mitarbeiter eingestellt hat. In der anderen Einrichtung gilt dies immer noch nicht. Das ist das eine Beispiel. Das andere Beispiel: Sie kennen ja das Soziale Zentrum für ausländische Flüchtlinge. Der Name sagt, dass 100 % ausländische Flüchtlinge sind, aber wenn Sie sich die Einrichtungen in Köln oder Düsseldorf ansehen, gibt es nur eine einzige türkisch sprechende Mitarbeiterin. So gesehen ist diese Vorgehensweise nicht selbstverständlich. Ich glaube das hängt von der Leitung ab.

Podium (Komes): Ich finde, das hat u. a. auch damit was zu tun - ich habe es in meinem Text ja kurz angesprochen. Also zumindestens die Träger der komplementären Versorgung, die ja für sich den Anspruch haben, eine Regionalversorgung sicher zu stellen, was aber bei allen Trä-

gern und da gibt es eben auch keine Forderungen und auch keine Selbstverpflichtung, was bei allen Trägern hinten herunter fällt und ich finde, dass man eigentlich als zentrale Forderung als Selbstverpflichtung in den Raum stellen müsste, dass man gerade da, wie hier im Ruhrgebiet und dann in einzelnen Städten doch so großer Bevölkerungsanteile von einzelnen Ethnien gibt, das zumindestens diese Ethnien im Prinzip auch im Personal abgebildet sein müssten. Und da gibt es im Moment überhaupt keine Bestrebungen, ich glaube da ist es in der Tat den einzelnen Einrichtungen bzw. da insbesondere den Führungskräften überlassen, ob das nun ihr Steckenpferd ist oder ob sie da überhaupt nicht mit umgehen wollen.

Schwendy: Herr van Brederode, kann man das weiter so treiben lassen oder fühlen sich die beiden Landschaftsverbände als Garanten der psychiatrischen Versorgung und auch als wichtiger Geldgeber verpflichtet da steuernd einzugreifen? Instrumente dafür fielen mir mühelos ein.

Podium (van Brederode): Hier würde ich selbstkritisch einräumen, wir haben in der Tat ein Vollzugsdefizit. Der Landschaftsverband Rheinland befasst sich ja seit längerer Zeit mit dem Thema. Wir haben auch aus der politischen Vertretung des Landschaftsverbandes den Auftrag bekommen, dieses Thema weiter zu entwickeln und uns damit auch in verschiedenen Vorlagen an die politische Vertretung befasst. Wir haben es einerseits - und das ist heute bei der Tagung ja teilweise sehr deutlich geworden -, eigentlich mit einem Bereich zu tun, der wissenschaftlich konzeptionell inzwischen hervorragend durchdrungen ist. Wir haben sehr viele seriöse und fundierte Überlegungen, wie man dieses Problem in den Griff kriegt und das ist ja eine sehr gute Voraussetzung. Für mich ist die Frage, wie kriegt man jetzt quasi in einem zweiten Schritt diese Konzepte in gute Praxis überführt. Der Landschaftsverband ist kein sehr restriktiver Träger, d. h. es entspricht nicht unserer Tradition, den Kliniken sehr starke Vorgaben zu machen oder auch den von uns geförderten Stellen. Ich denke, dass Veranstaltungen wie diese wichtige An-

stöße geben können und das wir natürlich noch mal überlegen müssen, wie wir über das Qualitätsmanagement oder andere Formen der Prozessbeeinflussung, das, was bereits als Konzept vorliegt, jetzt auch umzusetzen. Aber das es da noch ein Vollzugsdefizit gibt, ist wohl leider Fakt.

Podium (Dr. Hegemann): Also die von Ihnen als letzte angesprochene Frage ist ja keine psychiatrische Frage, sondern eine gesellschaftliche und wer durch Köln oder andere deutsche Großstädte spaziert, sieht neben dieser Frage eine große Zahl von weiteren gesellschaftlichen Herausforderungen, von denen man annehmen kann, sie könnten besser gelöst werden. Für mich folgt daraus die Erkenntnis, dass einem Träger hier Grenzen gesetzt sind. Er kann nicht einfach sagen: So wird das ab jetzt gemacht. Sondern es ist eine Wechselwirkung zwischen einem gesellschaftlichen Konsens und der aus diesem gesellschaftlichen Konsens erfolgten Formalisierung in Form von Vorgaben. Aber ich glaube, dass man mit aller Offenheit sagen kann, dass die Population, die an diesem Thema Interesse hat, eine Minderheit in diesem Land ist. Auch wenn das nicht schön ist, sich so zu fühlen. Länder wie die Niederlande zeigen da exemplarisch, dass Qualitäten, die für uns als vorbildlich galten, irgendwann nicht mehr mehrheitsfähig sind. Dann wird der Service auch wieder zurück gefahren, was man in Rotterdam täglich beobachten kann. Also das einzige was man machen kann, ist sich in diesen Fragen in Bewegung zu halten und seinen Beitrag zu leisten, dass dies ein gesellschaftlich offenes Thema bleibt. Darin sehe ich die einzige Möglichkeit.

Swendy: Herr Dr. Hegemann hat auf die Wichtigkeit von Fortbildungen hingewiesen. Gibt es dafür in Nordrhein-Westfalen Konzepte? Wir haben hier in Köln orientiert am Vorbild der Polizei Sachbearbeiter aus der Sozialhilfe solche Versuche gemacht. Die Kölner Polizei hatte sehr gute Erfahrungen gemacht damit, dass Polizeibeamte bei ausländischen Familien zu Gast sind, also nicht nur in der Theorie, sondern durch hautnahe persönliche Begegnung die Alltagskultur von

Menschen aus anderen Ländern kennenlernen.

(...)

Podium (Erim): Ich würde eigentlich gerne wiederholen, was ich auch vorgetragen habe, das wir in Essen schon auch eine dauerhafte Fortbildungsmöglichkeit haben, das richtet sich natürlich in erster Linie an Kolleginnen und Kollegen, die in Psychiatrie oder Psychotherapie arbeiten.

Podium (van Brederode): Es gibt eine Reihe von beispielhaften Maßnahmen, die zum Teil ja heute morgen schon benannt worden sind. Auch die AGpR hat im Rahmen ihrer gemeindepsychiatrischen Fortbildung (eine Zusatzausbildung) inzwischen Programmmodule und damit der beiden Projekte, die wir fördern eingeführt, die dieses Thema bearbeiten und da auch für Weiterqualifizierung sorgen. Insgesamt, sowohl was die Maßnahmeentwicklung vor Ort angeht, was die Entwicklung in den Kliniken angeht, was die Entwicklung in der Gemeindepsychiatrie angeht, was Fortbildung angeht, stehen wir sicherlich erst am Beginn einer Entwicklung. Wir stehen, was die Kontinuität angeht nicht in einer guten Zeit für den Beginn. Wir haben im Moment Zeiten, wo es sehr schwer ist, neue Maßnahmen zu entwickeln, wo es schwer ist Gelder zu bekommen für neue Maßnahmen. Wir hatten relativ früh mal versucht auch in der Frage einer Co-Finanzierung mit dem Land Kontakt aufzunehmen, das hat sehr lange gedauert bis wir überhaupt ins Gespräch gekommen sind. Da hat es einen Workshop gegeben - Frau Slawski-Haun ist, glaube ich, leider schon weg und wir hatten da noch die Hoffnung, dass eventuell das Land noch ein bisschen dem tut und wir unseren Beitrag leisten und vielleicht noch andere gewinnen können und dass wir so auf eine Gesamtfinanzierung oder eine etwas größere Anreizfinanzierung für unsere Projekt hinkriegen. Das zeichnet sich leider im Moment nicht ab, so dass wir mit unserem sehr kleinen Beitrag, den wir leisten können, im Moment sehr alleine stehen. Aber ich denke trotzdem, dass überhaupt die heute hergestellten konzeptionellen Überlegungen, dass Tagungen wie

diese und die wir planen einen Beitrag dazu leisten werden, dass wir hier ein Stück voran kommen, trotz der begrenzten Ressourcen die uns zur Verfügung stehen.

Schwendy: Die letzte Frage: Wo gibt es schon Kristallisationspunkte von Kompetenznetzwerken? Es müssen ja nicht immer mit zusätzlichen Geldern finanzierte Dienste sein, wie hier in Köln, sondern es reicht, das eine engagierte Gruppe in einer Stadt das in die Hand nimmt und man sich vernetzt und Ansprechpartner hat. Zum Beispiel, um zu sammeln, wer in welchen Sprachen dolmetschen kann.

(...)

Publikum: Ich heiße Ilka Erduran und gehöre auch zu diesen bilingualen Mitarbeitern letztendlich. Wenn ich die Fremdsprachenliste hier in Köln betrachte, dann sieht man darin, dass eine Vielzahl von Mitarbeitern Pflegende sind. Wenn man deren fachliche Kompetenzen mit ihren sprachlichen Fähigkeiten bündelt, dann hätten wir ja eine ganze Reihe von Fähigkeiten zusammen. Und mir ist es heute ein wenig zu kurz gekommen, dass die Pflegenden hier wenig erwähnt worden sind. Das wollte ich mal anmerken.

Schwendy: Das ist ja das Defizit in der ganzen rheinischen Psychiatrie, die ambulante Pflege. Die Nachsorge ist eine Sozialarbeiterdomäne, schön das Sie sich gemeldet haben. Es scheint hier eine Doppeldiskriminierung zu geben: Pflegepersonal plus Migration.

Podium (Ünal): Ich habe hier in meinem Referat bereits erwähnt, das wir seit Jahren, seit 1992 hier in Köln diesen „Arbeitskreis Gesundheitsprobleme“, damals hieß es „Ausländische Bürger“, jetzt heißt es „Arbeitskreis Migration und Gesundheit“, haben und ich denke schon, dass diese kleine Gruppe von unterschiedlichen Fachrichtungen und unterschiedlichen Ländern die Kollegen seit Jahren diese Gesundheitsversorgung der Migranten, sowohl auf der politischen Ebene als auch der kommunalen Ebene sehr gut vertritt. So gesehen würde ich es ein Kompetenzzentrum nennen. Hier sind die Erfahrun-

gen da. Hier werden die Vorgehensweisen vorgeschlagen und diese sind auch in der kommunalen Gesundheitskonferenz eingebettet. So gesehen muss es auch diese Zusammenarbeit geben. Darüber hinaus gibt es ja den Arbeitskreis „Türkisch sprechende Therapeuten“, die wir bundesweit organisiert haben. Dies ist wiederum ein solches Zentrum, wo solche Kompetenzen zusammenkommen. Es gibt auch zwischen den Einrichtungen sehr gute Zusammenarbeit. Wir haben im psychosozialen Bereich hier in Köln den Caritasverband in dem sehr viele ausländische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind und mit denen eine sehr gute interne Zusammenarbeit besteht. So gesehen würde ich in Köln in dieser Hinsicht sehr positiv bewerten.

Schwendy: Gibt es von Ihnen aus noch Fragen an den Veranstalter und die hier sitzenden Referenten und Referentinnen?

Publikum (Dr. Seidel): Ich sehe das nicht so pessimistisch. Es müssen nicht immer die Lösungen von oben, von den „Großen“ kommen, nach dem Motto: „der Landschaftsverband soll alles regeln“. Oder: Frau Slawski-Haun, die ja jetzt auch da ist, soll alles regeln und was weiß ich.... Ich meine, dass man da von unten viel machen kann. Ich sehe das überhaupt nicht so pessimistisch. Die Gesamtsituation ist zwar deutlich schlechter und wird weiter schlechter, das wissen wir. Das Personal wird reduziert usw., aber die Dinge, dass man Mitarbeiter nutzt, etwa Ärzte, die türkisch sprechen, sollte selbstverständlich sein. Bei uns ist das so - wir sind etwa 18 Ärztinnen und Ärzte, ein Drittel davon doppelsprachig: zwei türkisch, zwei rumänisch, polnisch, russisch und ich finde das wunderbar. Das muss ja nicht überall gleich sein, aber da kann man - aus meiner Sicht - eine ganze Menge machen. Natürlich kann man Fortbildungen im Haus machen, die müssen ja nicht immer vom Landschaftsverband organisiert sein. Im Moment läuft dazu mehreres in Düren etwa eine Fortbildung darüber. In der Stadt Mönchengladbach, aus der ich komme, die haben auch vor, jetzt etwas zu machen. Auf der unteren Ebene kann man relativ viel tun. Was mir schwieriger

erscheint, sind wissenschaftliche Projekte. Denn im Moment ist in der Wissenschaft das Wort Förderung für das was uns interessiert gerade nicht furchtbar „in“. Weil das ja wenig mit Biologie und festen Daten zu tun hat und man muss sich, dann irgendwo in so eine Zählbarkeit hineinmogeln, wo es eigentlich um das Erzählen geht. Das ist im Moment schwierig, da bei Anträgen erfolgreich zu sein. Also, was Sie Herr Dr. Hegemann, gesagt haben, das hat mir sehr sehr gut gefallen, aber im Moment besteht kein so maßloses Interesse an einem so weit gefächerten Begriff von Menschsein überhaupt. Aber das muss uns ja nicht hindern.

Podium (Dr. Hegemann): Ich möchte darauf erwidern und das was mein Vordrner hier gesagt hat ausdrücklich unterstützen. Psychosoziale Servicedienste in Deutschland arbeiten in einer Subkultur der eher depressiven Erlebnisverarbeitung. Deswegen arbeite ich so gerne z. B. mit meinem Dolmetscherprojekt. Das sind alles muttersprachliche Dolmetscher. Die haben eine völlig andere Herangehensweise an die Welt als die von mir als dominant beschriebene Kultur in psychosozialen Diensten. Es gibt eine große Zahl von Schritten, die man machen kann, die völlig kostenneutral sind. Man braucht dazu nicht einen Euro mehr, um Veränderungen einzuführen. Es hängt mit der Aufmerksamkeit zusammen, die man dieser Frage zuwendet. Das zweite ist, dass der, der die Wissenschaftsgeschichte oder die Publikation zu dieser Frage beobachtet in den letzten drei Jahren mehr Publikationen und mehr Studien - auch epidemiologische - findet, als in den gesamten 30 Jahren davor. Also es passiert wesentlich mehr. Es gibt Forschungszentren vor allen Dingen in Hamburg, aber auch in Berlin, die sich mit diesen Fragen in zunehmendem Maße beschäftigen. Kein Forschungszentrum keine psychiatrische Einrichtung unterliegt einem Verbot sich mit dieser Frage zu beschäftigen. Auch in Mannheim beim ZI gibt es Untersuchungen jetzt zu dieser Frage. Also man kann das machen. Man ist frei, seine Forschungsgelder in die eine oder andere Frage zu investieren. Man kann auch biologische Aspekte beforschen, wenn man

dadurch leichter an Industrieförderungen herankommt. Denn auch da gibt es Untersuchungen über die verschiedene Metabolisierung in unterschiedlichen Ethnien. Wer das machen möchte, kann sich auch damit beschäftigen. Also jedem ist die Möglichkeit gegeben, seine Aufmerksamkeit stärker auf diese Frage zu focusieren, ohne das primär Geldforderungen damit verbunden sein müssen.

(...)

Publikum: Also ich habe eine allgemeine Frage, insbesondere an unsere türkischen Mitbürger. Ich bin seit 32 Jahren in Deutschland in verschiedenen ehrenamtlichen Tätigkeiten aktiv. Ich merke immer wieder, welche große Menge deutsche Mitbürger sich einsetzen. Sei es bei Amnesty, sei es in der Diakonie, sei es in verschiedenen Einrichtungen. Ich erlebe aber immer, dass von unseren ausländischen Mitbürgern immer wieder gesagt wird und ich meine nicht nur die Türken, sondern auch Afrikaner usw.. Wieso soll ich das umsonst machen. Sie meinen immer wir müssten Geld ranschaffen. Ich meine, ich würde es auch lieber für Geld machen, aber wenn es nicht da ist, muss ich auch etwas tun, woran ich glaube und möglicherweise umsonst. Und ich war sehr schockiert, was Frau Dr. Erim sagt, das manche medizinische Studenten sich nicht entschließen können sich für die Psychiatrie oder die Therapie zu entschließen, weil sie meinen nicht genug Geld zu verdienen. Ich meine, irgendwo ist es auch ein Bereich, wo man noch ein gewisses persönliches Engagement bringen muss und das vermisse ich in der ganzen Argumentation.

Publikum (A. K. Gün, Dipl.-Psych.): Ich wollte mich eigentlich heute nicht äußern, aber ich glaube, ich muss es doch tun. Zu den Anregungen, die Ihr hier gegeben habt, möchte ich mich doch äußern und zwar hat das Beispiel von Frau Dr. Erim mich noch mal angeregt. Ich glaube, dass wir oft an der Realität vorbei reden, wenn wir sagen, die Versorgung der Migranten ist optimal. Optimal ist es auf gar keinen Fall. Es gibt eine Kluft zwischen der Qualität des Arbeitsverlaufes und der Ausfüh-

nung, wie sie in den Lehrbüchern vorgegeben wird und wie es in Fachtagungen erzählt wird. Wir sagen seit Jahren: Interkulturelle Öffnung ist eine Leitungsaufgabe. Also muss interkulturelle Öffnung von oben gewollt sein und von unten getragen werden. Die Betriebsleitung der Klinik, in der ich arbeite, zeigt Bereitschaft und Offenheit, wenn es um die interkulturelle Öffnung geht. Darum machen wir Fort- und Weiterbildungen, wir geben Fremdsprachenlisten heraus usw., aber wenn ich höre, dass auf einer Station ein Krankenpfleger (egal in welcher Klinik) verbietet, Fremdsprachen zu sprechen, dann ist mir das unverständlich, nach dem Motto, du darfst keine Sprache sprechen, die ich nicht verstehe. Ich kann Ihnen viele Beispiele geben, warum und weshalb die interkulturelle Öffnung nicht vorhanden ist und nicht funktioniert. In Deutschland wird ja sehr viel von Daten, Statistiken gesprochen. Gerade im Migrant*innenbereich, sowohl bei den Werkstattgesprächen im Gesundheitsministerium als auch in Enquete-Kommissionen und auch bei den Untersuchungen von WIAD wurde klar herausgestellt, dass die Datenlage in dem Bereich absolut defizitär ist. Man spricht von 4,5 % Migrant*innenanteil in den Krankenhäusern, ich glaube aber, das spiegelt nicht die Realität wider. Meine Unterlagen ergeben 6 bis 16 %. Die Grundvoraussetzung ist bei 4,5 % völlig anders als bei 16 %. Darum möchte ich z. B. zur Personaleinstellung einen konkreten Vorschlag machen. Könnten wir nicht bei der Einstellung des Personals als Regel einführen, dass bei gleicher Qualifikation Fremd- und Muttersprachler bevorzugt werden. Es ist leider nicht klar, ob dieses Problem zu lösen, die Aufgabe der Gesetzgeber oder des Trägers oder der Betriebsleitungen ist? Niemand fühlt sich zuständig. Ich kann Ihnen hunderte von Beispielen geben, in denen die Ergebnisse fatal sind. Ich glaube, dass wir uns dieser Aufgabe stellen müssen. Heute, morgen oder halt nach vierzig Jahren. Ich hoffe eigentlich nicht, dass es noch 40 Jahre dauern wird. Aber wir müssen auf dem Boden der Realität bleiben.

Podium (Korkmaz): Wir reden ja auch die ganze Zeit von den Migrant*innen, die das Recht haben auf Versorgung, wie die

deutsche Klientel, aber irgendwo diese Situation, was Frau Dr. Erim gerade beschrieben hat. Schade eigentlich, dann werden die Migrant*innen auch nicht so schnell wie möglich versorgt oder behandelt, alleine schon, wenn ich an meine eigene Arbeit denke, dass ich im Betreuten Wohnen 6 Klient*innen habe und weiterhin in der ambulanten Begleitung 38 Klient*innen habe und wenn ich nicht da bin, müssen die entweder gehen oder sie müssen warten bis ich wieder da bin. Und ich denke, wenn wir über die Versorgung sprechen, das es schnell klappen soll oder das sie das Recht auch sofort bekommen, behandelt zu werden, ist nicht der Fall. Wir reden ja auch die ganze Zeit über interkulturelle Öffnung und interkulturelle Öffnung hängt natürlich von den Mitarbeitern, von Trägerstrukturen, von dem Umfeld der Einrichtung und von den kommunal und allgemeinpolitischen Konstellationen ab. Da müssen Mittel zur Verfügung gestellt werden und Freiräume, sonst werden wir auch nicht weiter kommen und nach 40 Jahren werden wir noch mal darüber reden und dann haben wir vielleicht 80 Jahre erreicht und wir haben immer noch nicht das Ziel erreicht, für die Migrant*innen und dann haben wir immer noch diese Randgruppe oder Randgesellschaft, wo wir nicht mehr sagen können, dass es Teil der Gesellschaft ist, dass wir eher auch für alle die gleichen Rechte geltend machen können. Da müssen wir eigentlich ansetzen und nicht nur reden, sondern handeln. Das ist das, was ich in dem Bereich eigentlich vermisse, weil ich habe, bevor ich mich ein Stück weit auf das Podium vorbereitet habe, festgestellt, ich habe Literatur von 10 Jahren gehabt, die ich dann auch durchgelesen habe, ich fand das spannend, diese Ansätze waren da, über diese Ansätze hat man damals gesprochen, sprechen wir heute immer noch, aber es sind keine - wenn Schritte - es sind schon da, aber sehr kleine Schritte. Wir müssen eigentlich auch damit anfangen, dass nicht die Gelder wieder gekürzt werden, sondern eingesetzt werden, weil wir später damit noch größere Probleme haben.

Publikum (Dr. Leidinger): Lieber Ali Kemal, ich kann mir nicht vorstellen, dass ein Krankenpfleger, der einem türkisch spre-

chenden Menschen seine Muttersprache verbietet, auch einem Menschen dessen Vorfahren seit der Römerzeit im Severinsviertel ansässig sind, gut begegnen würde. Das kann ich mir nicht vorstellen. Wenn das so wäre, dann würde mich das sehr wundern. Und ich möchte deswegen doch dafür plädieren, dass man noch mal sich klar macht, dass Psychiatrie immer mit Fremdheit zu tun hat. Wenn Psychiater oder psychiatrisch Tätige glauben, dass sie nur für irgendwelche deutschen Spießler zuständig sind, dann haben sie sich geschnitten, dann haben sie ihren Beruf verfehlt, dann sind sie nicht in ihrem Fach tätig. Insofern wäre mir sehr daran gelegen, dass wir dieses Thema Migration auch weiterhin sehr ernsthaft diskutieren, weil es ein ganz wichtiger Aspekt ist, weil es nämlich eigentlich um die Integration der neu Angekommenen in unserer Gesellschaft also auch in den verschiedenen Bereichen der sozial-medizinischen Hilfe geht. Darum geht es schon, aber für die Psychiatrie darf es eigentlich nicht um etwas grundsätzlich Neues gehen, sondern es muss für die Psychiatrie dabei um Qualität gehen. Deswegen meine ich auch Frau Dr. Erim, dass Sie Ihren Kollegen klar machen müssen, dass Sie nicht die Expertin sind, die bei türkischen Patienten Suizidalität feststellt und das hätte die Kollegin auch ohne Sie herausfinden können, wenn sie ihren Beruf ernst genommen hätte. Ich habe ganz oft, nicht bei Türken, sondern bei Polen ähnliche Situationen erlebt wie Sie, weil ich zufällig polnisch spreche und es war nie so, dass ohne meine Beteiligung dieses Problem nicht hätte gelöst werden können, es war immer so, da wurde etwas in diese fremde Sprache, in diese fremde Herkunft hinein projiziert, was man viel eher noch, Sie sind ja auch Analytikerin, als ein Übertragungsphänomen verstehen könnte. Und damit will ich es denn mit aller gebotenen Kürze belassen.

Swendy: Der Veranstalter hat mich auch gebeten, hier noch eine Schlussbetrachtung anzustellen. Die möchte ich Ihnen auch nicht vorenthalten. Die heutigen Beiträge und die Abschlussdiskussion machen aus meiner Sicht erneut deutlich: Wir Deutschen sind Weltmeister im Ver-

drängen schwerwiegendster gesellschaftlicher Probleme.

Das ungelöste Problem der Integration der Bürger aus anderen Ländern wird ja nicht nur im psychiatrischen Bereich deutlich, sondern es besteht leider in allen Gesellschaftsbereichen: Familie, Schule, Kultur und vor allem Arbeitsmarkt. Die Enquete-Kommission des Landtages zur Zukunft der Städte in Nordrhein-Westfalen wird hier in ihren Empfehlungen einen Schwerpunkt setzen. Es ist bedauerlich, dass das Zuwanderungsgesetz, das einen Ausbau integrativer Hilfen vorsieht, noch immer blockiert wird. Die Psychiatrie kann hier eine Vorreiterfunktion einnehmen, denn sie ist besonders kompetent in der Lösung sozialer Konflikte, der Verbesserung der Kommunikation und der Bewahrung eines friedlichen Miteinanders in unserer Gesellschaft. Das hat diese Fachtagung eindrucksvoll belegt.

Ich glaube, von hier aus könnten Impulse gegeben werden an die vorgelagerten Systeme, wo ein viel größerer Handlungsbedarf und eine viel größere Verneinungsstrategie herrscht. Die Schulen, die Jugendhilfe, die Sozialverwaltung, Polizei und Ordnungsbehörden, wobei ich die Polizei ausnehmen muss, die Polizei in Nordrhein-Westfalen ist meistens allen anderen Bereichen in Fortbildung und Schulung um Längen voraus. Es wäre eine große Hilfe für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung, wenn wir aus besonderer Erfahrung der Psychiatrie heraus hier Impulse geben könnten.

Sehr deutlich will ich sagen, dass ich im Unterschied zu manchen offiziellen Statements heute nicht für vertretbar halte, dass sich die angesprochenen politischen Instanzen darauf zurück ziehen, die Selbstverwaltung, die Selbstheilungskräfte, die Selbstverantwortung und das persönliche Bürgerengagement würden es schon richten. Sie richten es erkennbar nicht, weil sie überfordert sind. Die Kollegin aus Duisburg hat recht und ich kann das aus Sicht der Entwicklung in Köln bestätigen. Wir hatten das Glück, dass einige besonders engagierte türkische Kollegen, mehr zufällig als geplant, in dieser Stadt

Bahnbrechendes bewegt haben; aber wenn die nicht gekommen wären, ständen wir heute genauso erbärmlich da, wo heute andere Städte stehen.

Die fachpsychiatrische Unterversorgung hunderttausender von Türken kann nicht länger hingenommen werden. Sie sind Beitragszahler der Krankenversicherungen. Sie werden um die Gegenleistung betrogen. Kassen, Land und Landschaftsverbände müssen sich diesem Problem stellen. Es geht nicht um den Aufbau zusätzlicher kostspieliger Angebote, sondern um eine soziale faire Umschichtung der Ressourcen, um das zu erreichen, was die „Sonnenberger Leitlinien“, denen hier heute alle zugestimmt haben, vorschlagen. Das kann man nicht der Privatinitiative überlassen. Hilfreich könnte es sein, dass das Land oder die Landschaftsverbände

ein Benchmarking startet und jede kommunale Gebietskörperschaft und andere verantwortliche Instanzen auffordern zu berichten, wie weit sie mit der Umsetzung der Leitlinien sind. Dies fördert den Wettbewerb und das Voneinanderlernen.

Ich danke abschließend der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland für die Ausrichtung dieser Tagung, Frau Slawski-Haun für ihr Engagement aus Ebene der Landesregierung, allen Referentinnen und Referenten für ihre prägnanten Beiträge und nicht zuletzt Ihnen allen, dass Sie so lange und so interessiert und konstruktiv mitgewirkt haben am Gelingen dieses Workshops. Ich hoffe, er war eine Ermutigung für alle Beteiligten und zeigt Wirkungen in Politik und Praxis. Gute Heimfahrt!

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten:

Rainer Kukla

Landesrat, Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Heime
Landschaftsverband Rheinland
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

Elke Slawski-Haun

Ministerium für Gesundheit, Soziales,
Frauen und Familie des Landes NW
Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf

Dr. Mehmet Toker

Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm
Heithofer Allee 64, 59071 Hamm

Arif Ünal

Gesundheitszentrum für MigrantInnen
Marsilstein 6, 50676 Köln

Uwe Komes

Psychiatrische Hilfgemeinschaft Duisburg e. V.
Weidmannstr. 15, 47166 Duisburg

Dr. med. Thomas Hegemann

Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin
Sandstr. 41, 80335 München

Dr. Yesim Erim

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Virchowstr. 174, 45147 Essen

Arnd Schwendy

Ehemaliger Leiter des Sozialamtes der Stadt Köln
Schöne Aussicht 1 a, 51149 Köln

Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer:

Dr. Mehmet Toker, Dr. Thomas Hegemann, Dr. Yesim Erim, Michael van Brederode, Arif Ünal, Sevgi Korkmaz und Uwe Komes

Moderation: Arnd Schwendy