

# Migration und Krankenhaus

## Interkulturelle Öffnung des Vitos Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen-Marburg

Eckhardt Koch, Matthias J. Müller

### Einleitung

Menschen aus unterschiedlichsten Kulturen gehören zum Alltag in den Krankenhäusern [1]. Der Anteil von Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund beträgt nahezu 1/5 der deutschen Bevölkerung, in Hessen liegt der Migrantenanteil bei 23,5 %, im Regierungsbezirk Gießen bei etwa 20 % [2].

Bundesweite Untersuchungen [3,4] zeigen, dass die Patienten mittlerweile ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend auch in psychiatrischen Krankenhäusern behandelt werden.

Patienten aus verschiedenen Ländern und Kulturen haben teilweise unterschiedliche Vorstellungen von Krankheiten und deren Behandlung [5] und sind unterschiedlich gut auf unsere institutionellen Abläufe eingestellt. Die Gruppe der Migranten reicht von erst kürzlich eingereisten Flüchtlingen ohne Sprachkompetenz im Deutschen bis zu binationalen Familien, in denen ausschließlich Deutsch gesprochen wird.

#### Definition: Migrationshintergrund

Laut Statistischem Bundesamt [6] zählen zu den *Menschen mit Migrationshintergrund* alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogenen, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/innen und die in Deutschland geborenen Bürger mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.

Die Landesärztekammer Hessen griff die Thematik kürzlich mit einem „Runden Tisch Migration und Integration“ auf [7]. Zunehmend versuchen auch Kliniken, sich auf

die besonderen Bedürfnisse dieser Klientel einzustellen.

Das Vitos Klinikum Gießen-Marburg ist bislang eine der wenigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken, die einen Migrationsbeauftragten bestellt hat und systematisch auch Routinedaten bezüglich des Migrationshintergrundes ausgewertet und für die Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen nutzt [8]. Die vorliegende Arbeit beschreibt den Prozess der interkulturellen Öffnung der Marburger Klinik, Daten aus einer um migrationspezifische Fragen erweiterten Stichtagserhebung sowie daraus abgeleitete Perspektiven.

#### Exkurs: Hauptzuwanderungswellen nach Deutschland

**Gastarbeiter:** In den 1950er und 1960er Jahren schlossen Deutschland und einige Länder, wie Italien, Griechenland, Türkei, ein Anwerbeabkommen, mit dem ausländische Arbeitskräfte an deutsche Unternehmen vermittelt wurden. Eine Integration dieser Zuwanderer war nicht vorgesehen, denn es wurde davon ausgegangen, dass sie nach einigen Jahren in ihre Heimat zurückkehren würden. Die größte Migrantengruppe stellten türkische Gastarbeiter dar, die oft aus ländlichen Gebieten stammten. Nach dem Anwerbestopp in 1973 kamen entgegen der Erwartungen die Familien der „Gastarbeiter“ nach und ließen sich in Deutschland nieder. Heute stellen Mitbürger mit türkischstämmigem Migrationshintergrund die größte Migrantengruppe in Deutschland.

**Asylbewerber und Asylanten:** In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre stieg

die Zahl der Asylbewerber stark an und erreichte ihren Höhepunkt zwischen 1991 und 1994 mit über einer Million Asylanträgen. Herkunftsländer der Asylbewerber sind überwiegend von Kriegen betroffene Regionen, wie z.B. ehemaliges Jugoslawien in den 1990er Jahren oder Regionen des Nahen Ostens heute. Seit Juli 1993 ist das Asylrecht in Deutschland stark eingeschränkt, wodurch die Zahl der Asylbewerber deutlich zurückgegangen ist.

**(Spät-)Aussiedler:** Aussiedler sind nach dem Bundesvertriebenengesetz in Osteuropa und auf dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion lebende ethnische Deutsche. Die nach 1992 nach Deutschland eingewanderten Aussiedler werden als Spätaussiedler bezeichnet. Bis 1987 kamen überwiegend polnische Aussiedler nach Deutschland (ca. 1,4 Mio.). Der Höhepunkt der Einwanderungswelle fällt auf die Jahre 1989-1993, als bis zu 300.000 Aussiedler aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion einwanderten. Aussiedler stellen 4,7 Prozent aller Einwohner Deutschlands. Die größte Mehrheit von ihnen kam erst in den letzten 20 Jahren und lebt in der ersten Generation in Deutschland [9].

### Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Das Vitos Klinikum Gießen-Marburg umfasst die beiden Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Gießen und Marburg sowie die Klinik Lahnhöhe (Kinder- und Jugendpsychiatrie) am Standort Marburg, seit Mitte 2010 zudem die Klinik für

Psychosomatik am Standort Gießen. Die Erwachsenenpsychiatrie verfügt über 318 Planbetten und 65 tagesklinische Planplätze an beiden Standorten und behandelt ca. 4.600 Patienten pro Quartal ambulant. In Gießen stehen elf Stationen für das gesamte Spektrum psychischer Störungen zur Verfügung, als Akademisches Lehrkrankenhaus der Justus-Liebig-Universität Gießen ist die Klinik an Forschung und Lehre beteiligt. Am Standort Marburg sind sechs Stationen vorhanden, eine Station kombiniert die Schwerpunkte affektive Störungen und interkulturelle Psychiatrie. Im Zentrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells und dem aktuellen wissenschaftlich fundierten Stand der Diagnostik und Therapie steht die therapeutische Beziehung zum Patienten durch ein multiprofessionelles Team. Individuelle Diagnose- und Behandlungspläne werden mit dem Patienten erarbeitet und fortentwickelt. Um die familiäre, berufliche und soziale Wiedereingliederung der Patienten zu erleichtern, arbeiten wir eng mit Angehörigen und regionalen Kooperationspartnern zusammen. Dieser therapeutische Ansatz impliziert bereits die Berücksichtigung kultureller Aspekte [10], deren Umsetzung erfordert nach unserer Erfahrung aber eine aktive Gestaltung.

### Interkulturelle Öffnung: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg

In Marburg wurde 1991 ein Angebot für Patienten türkischer Herkunft aufgebaut, das ambulante und stationäre Zugangswege umfasst [11]. Da sich viele Patienten aus dem Rhein-Main-Gebiet und Nordhessen in Marburg vorstellten, wurde ein Konzept entwickelt, die einweisenden Ärzte in die Behandlung einzubinden. Vor jeder ambulanten Untersuchung durch mutter-

sprachliche Mitarbeiter wird ein Fragebogen an den zuweisenden Arzt verschickt. Nach einem ambulanten Vorgespräch werden kulturelle Besonderheiten und Therapiealternativen routinemäßig dokumentiert. Die Zuweisungen türkischer Patienten zur interkulturell arbeitenden Ambulanz der Klinik werden kontinuierlich in Bezug auf Charakteristika der Zuweiser und der türkischen Patienten deskriptiv analysiert. Hauptzuweiser sind mit knapp 60 % Hausärzte und Internisten. Hauptdiagnosen [12] waren Depressionen (ICD-10 F32/F33, 41 %), Belastungsstörungen (F43, 26 %) und somatoforme Störungen (F45, 16 %). Bei 37 % der Patienten wurde die Indikation zur stationären Behandlung gestellt. Von 222 Patienten konnten migrationspezifische Belastungsfaktoren erhoben werden [13,14], am häufigsten wurden Statusverlust (71 %) und Familienunstimmgkeiten (65 %) genannt.

Die Institutsambulanz der Marburger Klinik hat sich in einem größeren Einzugsgebiet für Patienten mit türkischem Migrationshintergrund und oft bereits chronifizierten psychischen Störungen etabliert. Im Jahr 2009 wurde dieses ambulante Angebot auch auf die Vitos Klinik in Gießen übertragen. In Marburg werden knapp 40 %

der ambulant vorgestellten Patienten auf einer spezialisierten Station der Klinik mit kultursensiblen Konzept gemeinsam mit deutschen Patienten behandelt. Auch während der stationären Behandlung wird Kontakt zu den einweisenden Ärzten gehalten. Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung stellt ein von Patienten und einweisenden Ärzten zunehmend gefragtes Versorgungsangebot dar.

### Station für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie

Von Beginn an war das Miteinander von Deutschen und Patienten mit Migrationshintergrund auf der Station gewünscht [15], die therapeutischen Angebote werden von allen Patienten gemeinsam genutzt. Ausnahmen bilden eine themenzentrierte psychotherapeutische Gesprächsgruppe ausschließlich für Patienten mit Migrationshintergrund, die mit Unterstützung von Dolmetschern durchgeführt wird und auch für ambulante Patienten offen ist, sowie eine sozialtherapeutisch geleitete Sprach- und Alltagskompetenz-Gruppe in deutscher Sprache.

Zur Förderung der Gruppenidentität unter den türkischen Patienten wurde kontinuierlich darauf geachtet, dass sechs bis

acht Patienten mit Zuwanderungsgeschichte auf der Station behandelt werden. Ein ansprechendes Milieu wurde u.a. durch eine Samowar-Ecke geschaffen, neben einer Deutschlandkarte wurde auch eine Karte der Türkei aufgehängt. Außerdem sind seit vielen Jahren zwei türkischsprachige Krankenschwestern auf der Station tätig, wenn möglich werden türkisch sprechende Ärzte und Psychologen eingesetzt. Aktuell ist eine türkisch sprechende Ärztin auf der Station tätig, die aber wie die anderen Psychologen und Ärzte nicht nur für türkische Patienten zuständig ist. Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der umfassenden Sozialberatung durch eine Sozialarbeiterin mit hoher interkultureller Expertise. Therapeutische Arbeit wird bei sprachlichen Verständigungsproblemen mit Dolmetschern durchgeführt. Das Konzept beruht nicht auf muttersprachlichen Behandlern, sondern auf der interkulturellen Kompetenz des gesamten Behandlungsteams in einem kultursensiblen Setting.

Die Ausgangslage der Patienten mit Migrationshintergrund unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen Patienten. Es gibt aber einige Besonderheiten. So kann die rechtliche, die sprachliche und die kulturelle Situation in unterschiedlicher Weise Einfluss auf die Behandlungs- und Beratungssituation nehmen. Die Rechtssituation spielt z.B. bei Patienten im laufenden Asylverfahren oder im Duldungsstatus eine große Rolle. Ebenso ist dies bei Partnerkonflikten von „Heiratsmigranten“ von Bedeutung. Hier sind die Klärung der Rechtssituation und das Hintergrundwissen wichtig. Unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache sind im Kontakt zu Behörden, Kostenträgern und bei Arbeitskonflikten oft eine Barriere, die zu Missverständnissen und negativen Erfahrungen führen kann. Das familiäre Netzwerk wird als wichtige Ressource in den Bera-

tungsprozess einbezogen; die Berücksichtigung der Familienstruktur und der traditionellen Verpflichtungen ist auch bei der Beratung gut integrierter Patienten wichtig. Wie bei allen Patienten ist die Entwicklung von Perspektiven und die Weiterbehandlung im regionalen Umfeld das Ziel. Das beinhaltet auch die Ermutigung zur Verbesserung der deutschen Sprache (Sprachkurse) mit dem Ziel der Erweiterung der sozialen Kompetenz und der Stärkung der Selbstwirksamkeit.

Verschiedene Gruppenangebote dienen als Ergänzung der individuellen und störungsbezogenen Psycho- und Pharmakotherapie. Die Gesundheitsgruppe wendet sich diagnoseunabhängig an alle Patienten der Station. Für türkisch sprechende Patienten ist ein Dolmetscher anwesend. Themen der Gesundheitsgruppe sind mögliche Ursachen und Auslöser sowie der Verlauf der eigenen Erkrankung, des Weiteren die Wirkungsweisen und Nebenwirkungen der verordneten Psychopharmaka. Hervorgehoben wird auch hier die Eigenverantwortung bezüglich gesund erhaltender Faktoren, etwa Sozialkontakte, gute Ernährung und Bewegung. Die Gesundheitsgruppe nutzt vorwiegend psychoedukative Elemente sowie den Austausch der Patienten untereinander. Indem eine allgemeine Ebene hergestellt wird, erleben die teilnehmenden Patienten, wie ähnlich die Fragen und Erfahrungen der Mitpatienten auf diesen Gebieten sind, unabhängig von ihrer Herkunft.

### Daten zu Patienten mit Zuwanderungsgeschichte

Jährlich werden bei einer Stichtagserhebung am Vitos Klinikum Gießen-Marburg erweiterte soziodemographische Daten einschließlich migrationsbezogener Aspekte erhoben. Aus früheren Erhebungen war bekannt, dass die Stichtage mit guter Re-

präsentativität die Durchschnittswerte der Belegung und der Patientenstruktur einschließlich migrationsbezogener Daten wiedergeben [3,4]. Am Erhebungstag (16. Juni 2010) wurden in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen und Marburg insgesamt 298 erwachsene Patienten stationär und 42 Patienten teilstationär behandelt. Hiervon waren 268 Patienten (78,8 %) autochthone Deutsche, 72 Patienten (21,2 %) hatten einen Migrationshintergrund. Von diesen Patienten hatten 18 türkische Wurzeln, 19 stammten aus dem russisch-sprachigen Raum und 35 hatten einen anderen Migrationshintergrund, der sich hauptsächlich auf Osteuropa und in geringem Umfang auf übrige Gebiete der Welt verteilt (Abb.1).

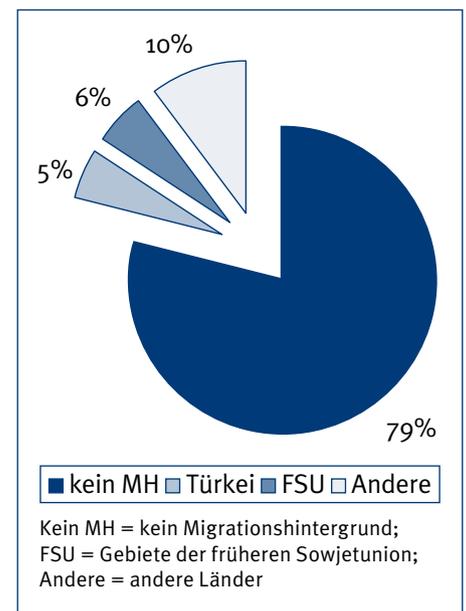


Abb. 1: Patienten mit und ohne Migrationshintergrund; Vitos Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg und Gießen, Stichtag Juni 2010

Der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in der Klinik ist mit dem Bevölkerungsanteil vergleichbar. In den Tageskliniken lag dieser Anteil bei 26,2 % und im ambulanten Bereich bei 26,4 %. In Tageskliniken wurde bundesweit eine geringere Inanspruchnahme festgestellt [3],

Tab. 1: Differenzierung der Patienten mit Migrationshintergrund

	Migrationshintergrund		
	Türkisch	Frühere Sowjetunion	Andere Herkunft
Eigene Migrationserfahrung [Anzahl]	10	19	19
2. Generation [Anzahl]	8	0	16
Zuzugsalter [Jahre]	20,8 ± 13,0	26,0 ± 10,5	25,8 ± 14,8
Aufenthaltsdauer [Jahre]	23,8 ± 12,1	14,7 ± 4,2	22,4 ± 10,4

Mittelwerte ± Standardabweichungen

während für Institutsambulanzen eine überproportionale Nutzung durch Patienten mit Migrationshintergrund beschrieben wurde [16]. Tab. 1 zeigt weitere Daten zu den Patienten mit Migrationshintergrund.

### Diagnostische Verteilung

Bezüglich der ICD-Diagnosen (Gruppe F, psychische Störungen) waren Daten von 323 der 340 Patienten auswertbar (95 %);

die Verteilung geht aus Abb. 2 hervor. Die Gesamtverteilung der Diagnosegruppen ist nicht signifikant unterschiedlich zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund, auffällig ist jedoch der hohe Anteil von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bei russisch-stämmigen Migranten. Die Daten bestätigen frühere Untersuchungen, auch wenn sie aufgrund der geringen Fallzahl bei den Untergruppen nur eingeschränkt belastbar sind.

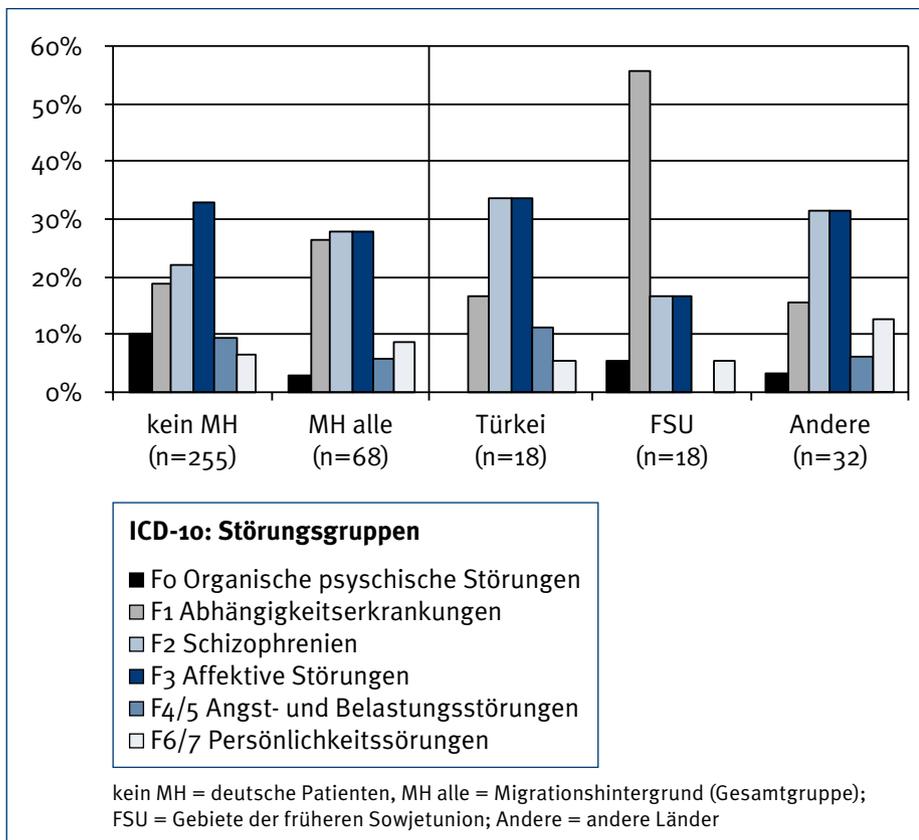


Abb. 2: Diagnoseverteilung von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund

**Altersstruktur:** Am jüngsten waren Patienten aus der Türkei (37,7 Jahre) und aus der ehemaligen Sowjetunion (38,1 Jahre), Patienten mit anderem Migrationshintergrund (44,0 Jahre) und Patienten aus Deutschland (49,9 Jahre) wiesen einen höheren Altersdurchschnitt auf. Damit verbunden ist ein geringerer Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund, die wegen psychischen Störungen im höheren Lebensalter (z.B. Demenzen) stationär behandelt werden. Das Ergebnis entspricht bundesweiten Ergebnissen und erklärt sich mit der (noch) „jüngeren“ Altersstruktur von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland.

**Berufstätigkeit:** Von Arbeitslosigkeit waren deutsche Patienten mit 26,4 % deutlich weniger betroffen als Patienten mit Migrationshintergrund (Türkei 46,7 %; FSU 60,0 %; Andere 45 %). Berentet waren hingegen mit 38,8 % mehr Deutsche als Migranten (Türkei 13,3 %, FSU 10,0 % und Andere 21,7 %). Die überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund bei unseren Patienten entspricht ebenfalls bundesweiten Zahlen. Dadurch bedingte Krisen und negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit bedürfen besonderer Beachtung [17].

In unserer Stichtagsuntersuchung hatten 5,8 % der deutschen Patienten keinen Schulabschluss; bei aus der Türkei stammenden Patienten waren dies 20,7 %.

Diese Ergebnisse bestätigen auch für Patienten in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung das oft niedrigere Bildungsniveau von Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Patienten. Allerdings betrifft dies nicht alle Migranten, da bestimmte Gruppen (z.B. jüdische Kontingentflüchtlinge) auch über ein überdurchschnittliches Bildungsniveau verfügen.

## Migrationsassoziierte Belastungsfaktoren

In der Stichtagserhebung wurden migrationsbezogene Belastungsfaktoren (ja/nein) und allgemeine psychosoziale Belastungsfaktoren standardisiert erhoben [14,15,18]. Abb. 3 belegt im Vergleich deutlich höhere Belastungen der Patienten mit Migrationshintergrund u.a. durch Verständnisprobleme und Diskriminierungserleben. Verständigungserschwerernisse [12] wurden bei allen drei Migrantengruppen häufiger als bei Deutschen angegeben, Diskriminierungserfahrungen lagen häufiger bei Migranten aus der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion vor. Bei den allgemeinen psychosozialen Belastungsfaktoren [18] fanden sich geringere signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Berufliche und finanzielle Probleme werden v.a. bei aus der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion stammenden Patienten häufiger genannt als bei Deutschen und den anderen Migranten; in Bezug auf Probleme mit dem Rechtssystem werden bei russischen Migranten häufiger als bei allen anderen Gruppen Probleme angegeben.

Bei der untersuchten Stichprobe waren nur vereinzelt Patienten im Asylverfahren in stationärer Behandlung. Diese Patientengruppe stellt aber aufgrund der häufigen

Traumatisierungen, dem meist ungeklärten Aufenthaltsstatus [19] und der oft langjährigen Verfahren [20] eine besondere therapeutische Herausforderung dar [21].

## Institutionelle Voraussetzungen interkultureller Öffnung

Die Auswertung der stichtagsbezogenen Daten zeigt neben spezifischen Belastungen und Besonderheiten, die mit Migration und deren Folgen zu tun haben, dass die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund sehr heterogen ist. Manche Diagnosegruppen wie affektive Störungen sind (abgesehen von der Station für interkulturelle Psychiatrie in Marburg) eher unterrepräsentiert. Auf der anderen Seite findet sich ein hoher Anteil von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. Es ist davon auszugehen, dass bei den unterrepräsentierten Diagnosen Barrieren der Inanspruchnahme existieren. Hier gilt es, Konzepte zu entwickeln, um für alle Patienten mit Migrationshintergrund einen fairen Zugang zur erforderlichen Behandlung zu ermöglichen.

Für die Zukunft erscheint es im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik notwendig – über interkulturelle Konzepte wie das der oben beschriebenen Station hinaus – alle Beteiligten für

Patienten mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren. Wie unsere Stichtagsdaten zeigen, befindet sich bereits eine bedeutsame Zahl von Patienten mit Migrationshintergrund im Bereich für Abhängigkeitserkrankungen. Die Zahl von Patienten mit Zuwanderungsgeschichte und psychischen Störungen im höheren Lebensalter nimmt kontinuierlich zu. Patienten mit Demenzerkrankungen stellen dabei eine besondere Herausforderung dar, denn die erlernte Zweitsprache wird viel schneller vergessen als die Muttersprache, was die Kommunikation noch weiter erschwert.

Gerade die Menschen mit Migrationshintergrund, die mit dem Medizinsystem in Deutschland wenig vertraut sind, bedürfen besonderer Unterstützung für angemessene Hilfe [22]. Dafür ist interkulturelle Kompetenz aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gefordert. Dies erfordert kein Spezialistentum für alle Kulturräume dieser Welt, vielmehr ist die Fähigkeit gefordert, eine empathische Beziehung zu Patienten auch unter erschwerten Bedingungen wie Dolmetscherbeteiligung und (anfänglicher) kultureller Fremdheit gestalten zu können. Das Gefühl der Fremdheit in der therapeutischen Beziehung kann eine negative Gegenübertragung auslösen. Selbstkritische Reflexion der eigenen Werte und Haltungen erleichtert es, diese zu überwinden [23].

Eine wesentliche Grundlage angemessener Behandlung nicht nur in der Psychiatrie und Psychotherapie ist die Sicherstellung der sprachlichen Verständigung. Um diese für Patienten mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache zu gewährleisten, müssen adäquate Dolmetscherdienste verfügbar sein. Dies können z.B. Gemeindedolmetscherdienste sein, in größeren Kliniken sind auch Dolmetscherdienste von bilingualen Mitarbeitern denk-

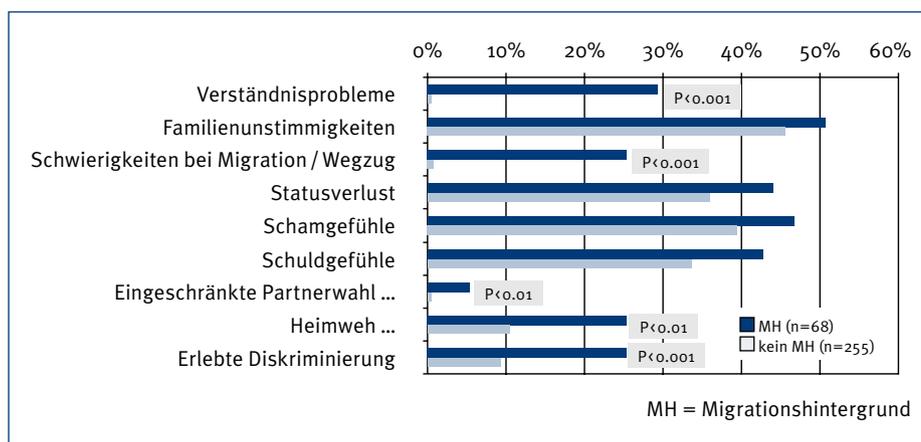


Abb. 3: Migrationsbezogene Stressoren bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund

bar. Das Vitos Klinikum Gießen-Marburg hat einen Kooperationsvertrag mit dem Dolmetscherdienst des Landkreises Marburg-Biedenkopf „DolMa“ abgeschlossen, der auch anderen Krankenhäusern der Region und psychosozialen Einrichtungen zur Verfügung steht. Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern sollte routinemäßig dann erfolgen, wenn sprachliche Verständigung nicht ausreichend gewährleistet ist [24].

Um eine Sensibilisierung für kulturelle Fragen zu unterstützen, sollten Mitarbeiter Fortbildung in interkultureller Kompetenz erhalten [25]. Die Vitos Akademie in Gießen bietet seit 2011 regelmäßig zweitägige Trainingsmaßnahmen an, die auch für Mitarbeiter anderer Institutionen offen sind.

Durch die Etablierung von Migrations- bzw. Integrationsbeauftragten wird der interkulturellen Öffnung von medizinischen Institutionen besondere Beachtung gegeben. Wie die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration fordert, können so für die Kliniken geeignete Lösungen und Konzepte erarbeitet und die Umsetzung begleitet und überprüft werden [26]. Das Vitos Klinikum Gießen Marburg hat seit Dezember 2009 einen Migrationsbeauftragten benannt. Um eine Nachhaltigkeit der interkulturellen Öffnung zu erreichen, ist es

erforderlich, dass Geschäftsführungen Konzepte einrichten (top-down) und gleichzeitig durch Vermittlung der Migrationsbeauftragten die Mitarbeiter der Basis geschult und interessiert werden (bottom-up). Daher plant die Vitos Holding in naher Zukunft entweder standortbezogene Migrationsbeauftragte zu berufen oder eine konzernweite Organisationsform zu schaffen.

### Fazit und Perspektiven

Obwohl Menschen nichtdeutscher Herkunft seit Jahrzehnten zum Alltag der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gehören, bestehen weiterhin Schwierigkeiten beim adäquaten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem. Wie unsere Ergebnisse bestätigen, sind die Ursachen in Kommunikationsbarrieren, Unterschieden im Krankheitsverständnis, einem geringen Bildungsniveau, einer häufig schwierigen sozialen Situation und weiteren migrationsbezogenen Belastungen zu sehen. Die Berücksichtigung kulturtypischer Krankheitskonzepte und migrationspezifischer Stressoren eröffnet neue Therapieoptionen und erweitert die interkulturelle Kompetenz der Behandler. Angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund kann nur über verbesserte kulturelle Sensibilität aller Mitarbeiter in multiprofessionellen und multiethnischen Teams erreicht werden. Voraussetzung hierfür ist

die generelle Öffnung des medizinischen Systems und das Interesse des Krankenhauses und seiner Mitarbeiter an Patienten aus anderen Kulturen.

Es geht darum, in der Begegnung mit den Patienten nicht nur das Fremde im anderen zu sehen, sondern auch die eigenen Einstellungen zu reflektieren [27] und die Kultur der Institutionen so zu verändern, dass alle Patienten einen fairen Zugang zu – in unserem Fall – psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung erhalten.

#### Anschrift der Verfasser

*Dr. med. Eckhardt Koch*  
 Leitender Arzt Interkulturelle Psychiatrie  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Migrations- und Ethikbeauftragter  
 E-Mail:  
 eckhardt.koch@vitos-giessen-marburg.de

*Priv.-Doz. Dr. med. Dipl. Psych.*  
 Matthias J. Müller  
 Ärztlicher Direktor

Vitos Klinikum Gießen-Marburg  
 Cappeler Straße 98  
 35039 Marburg

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.