

Tagungsdokumentation

Interkulturalität im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Dokumentation der
SPKoM-Fachtagung am 29.04.2008
in Köln-Deutz, Horion-Haus

Impressum

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln
Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke
Amt für Planung und Förderung

Redaktion: Beate Kubny-Lüke

Textgestaltung: Monika Grollius

Druck: Hausdruckerei
Landschaftsverband Rheinland

Titelbild: www.photocase.com/OliverOchmannr

Bestellungen: www.lvr.de

Köln, im November 2008

1. Auflage: 1 - 1.000

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier aus 100 % Altpapier

Inhalt

1.	Begrüßung Ulrike Lubek	4
2.	Den Schritt ins Hilfesystem wagen! Von den Schwierigkeiten, angemessene Hilfen zu finden aus Sicht einer Angehörigen mit Migrationshintergrund Ayşe Elmas im Gespräch mit Beate Kubny-Lüke	12
3.	Warum kommen psychisch kranke MigrantInnen in der sozialpsychiatrischen Versorgung nicht an? Arif Ünal	17
4.	Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Interkulturellen gemeindepsychiatrischen Versorgung Sevgi Firat, Martin Vedder	22
5.	Entwicklung kultursensibler Rahmenbedingungen und Behandlungsformen in den Rheinischen Kliniken Priv.-Doz. Dr.(TR) Y. Erim	34
6.	Diskussion und Fragen anlässlich der Tagung „Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie“ Redaktionell bearbeitet durch Beate Kubny-Lüke	39
	Anhang I – IX	49
Anhang I	Arbeitshilfe Migration und Psychiatrie: - Checklisten zur regionalen Bestandsaufnahme der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund	50
Anhang II	Checkliste für Interkulturalität	57
Anhang III	Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen in Deutschland	60
Anhang IV	Migration und Psychiatrie" Arbeitshilfe zur Bestandsaufnahme der regionalen Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund	63
Anhang V:	Literatur Literatur zu Gesundheitsfragen der MigrantInnen Literatur zu Schwerpunkt behinderter MigrantInnen	77 86
Anhang VI	Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration im Rheinland	88

Anhang VII Ambulante Therapieangebote der LVR-Kliniken für Migrantinnen und Migranten	90
Anhang VIII Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in der Gemeindepsychiatrie (Schwerpunkt SPZ)	100
Anhang IX Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in der Gemeindepsychiatrie – Schwerpunkt SPKoM	109

Begrüßung

Ulrike Lubek

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie ganz herzlich im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland zu unserer heutigen Fachtagung.

Die Frage, wie Menschen mit einem Migrationshintergrund in unsere Gesellschaft integriert werden können, beschäftigt Politik und Öffentlichkeit in den letzten Jahren zunehmend. In vielen Lebensbereichen - z.B. bezogen auf Schulabschlüsse, die Möglichkeit einen Ausbildungs- und später Arbeitsplatz zu finden - zeigen uns die Statistiken, dass Migrantinnen und Migranten nicht die gleichen Chancen und Möglichkeiten in unserer Gesellschaft haben, wie ihre deutschstämmigen Mitbürgerinnen und Mitbürger.

Dies gilt auch für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Der Landschaftsverband setzt sich von daher seit einigen Jahren dafür ein, dass sein psychiatrisches Hilfesystem auch von psychisch kranken Menschen mit einem Migrationshintergrund gut erreicht werden kann.

Hierzu fördern wir mit Mitteln der Sozial- und Kulturstiftung des Landschaftsverbandes Rheinland Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten in den Rheinischen Kliniken und in der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Im Bereich der gemeindepsychiatrischen Versorgung begannen wir vor 10 Jahren mit der Förderung des Gesundheitszentrums für Migrantinnen und Migranten in Köln, kurz danach wurde auch die Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg gGmbH in die Förderung aufgenommen.

Seit Ende 2006 fördern wir noch einen weiteren Standort im Bergischen Land. Hierzu haben sich die SPZ-Träger aus Wuppertal, Remscheid, Solingen und Mettmann zu einer Trägergemeinschaft zusammengeschlossen und den Psychosozialen Trägerverein Solingen e.V. damit beauftragt, ein Projekt mit Wirkung für die gesamte Region umzusetzen.

Mit Aufnahme des dritten Projekts in die Förderung fand eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den drei Zentren statt, was durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit begleitet wird. Die Zentren werden seit 2007 unter der Bezeichnung „Sozial-psychiatrische Kompetenzzentren Migration“ (SPKoM) geführt und haben in einem Flyer eine Information zu ihrer Arbeits- und Wirkungsweise erstellt.

Auch die heutige Fachtagung dient dazu, die Existenz und Arbeit des SPKoM vorzustellen, aber auch wie wir weitere Maßnahmen zur Förderung eines interkulturellen Vorgehens in den Rheinischen Kliniken zur Darstellung bringen werden.

Was sind die Ziele und Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM)?

Die SPKoM haben den Auftrag, die spezifischen Benachteiligungen von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten abzubauen. Modellhaft sollen sie zielgruppenspezifische und kultursensible Ansätze entwickeln, um diese Benachteiligungen zu überwinden.

Die persönliche Beratung und therapeutische Unterstützung von betroffenen Migrantinnen und Migranten ist von daher nicht die Hauptaufgabe der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration. Vielmehr sollen sie vor allem als Multiplikatoren interkultureller Kompetenz in das psychiatrische Versorgungssystem hinein tätig werden.

Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehören von daher:

- die Bündelung der Erfahrungen in der psychiatrischen Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund
- die Vernetzung und Koordination der psychiatrischen Einrichtungen und Dienste mit Unterstützungsangeboten für Migrantinnen und Migranten, sowie den kulturellen und religiösen Organisationen unterschiedlicher Migrantengruppen
- die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in bestehenden Einrichtungen, insbesondere die Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen
- die Erstellung von Informationsmaterial für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten, sowie für

psychosoziale Dienste und Einrichtungen

- die Unterstützung bei der Bildung von Selbsthilfegruppen für Betroffene und deren Angehörige
- die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die psychischen Probleme von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund
- die Formulierung von migrationspezifischen Leitlinien und Qualitätsstandards, unter anderem für die Öffnung von Regelangeboten der psychosozialen Versorgung

Bei dem Thema „Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie“ geht es um mehr als die Arbeit von SPKoM. Was meint Interkulturalität eigentlich?

Man bezeichnet eine Person dann als interkulturell kompetent, wenn sie bei der Zusammenarbeit mit Menschen aus ihr fremden Kulturen in der Lage ist, deren Konzepte der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und Handelns - frei von Vorurteilen - zu erkennen, zu begreifen und in der Interaktion zu berücksichtigen.

Als Grundvoraussetzungen für diese Fähigkeit werden Sensibilität und Selbstvertrauen angesehen, vor allem aber die Fähigkeit Verständnis für andere Verhaltensweisen und Denkmuster - zur Mentalisation - aufzubringen. Die soeben aufgezählten Kompetenzen kommen - da sind wir uns sicher einig - in der psychiatrischen Versorgung allen psychisch kranken Menschen zugute. Denn eine psychische Erkrankung ist in der Regel mit dem Gefühl der Entfremdung gegenüber sich selbst und anderen verbunden - und die Betroffenen benötigen ein Gegenüber, das ihre Erlebensweise wahrnehmen kann, mit ihrer Person

Begrüßung

respektvoll und wertfrei umgeht und dabei trotzdem nicht die eigene Sichtweise aus den Augen verliert.

Gegenüber Menschen aus anderen Kulturreihen ist es deshalb erforderlich, deren Denken und Erleben vor dem Hintergrund ihrer kulturellen Sozialisation zu betrachten und zu verstehen, sowie an die individuellen Hilfen (d.h. im Rahmen von Beratungs-, Behandlungs-, Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen) zu integrieren.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch den positiven Nutzen erwähnen, den die Übersetzung der individuellen Hilfeplanungsbereiche der Eingliederungshilfe bedeutet. Solche scheinbaren Kleinigkeiten können großen Nutzen bewirken.

So wurde der individuelle Hilfeplan in einfacher Sprache in verschiedene Fremdsprachen übersetzt.

Die übersetzten Hilfepläne werden in Kürze in den Sprachen Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch, Türkisch und vier Sprachen des ehemaligen Jugoslawien (Serbisch, Kroatisch, Albanisch, Slowenisch) auf der Website des Landschaftsverbandes Rheinland, im Bereich „Soziales“ herunterzuladen sein.

In den Rheinischen Kliniken wurden in den letzten Jahren vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten durchgeführt und von uns gefördert. So werden in allen Rheinischen Kliniken mittlerweile Angebote zur ambulanten Versorgung von Migrantinnen und Migranten vor gehalten. An allen Rheinischen Kliniken gibt es sog. Integrationsbeauftragte.

Sie fördern und koordinieren die interkulturellen Aktivitäten in den Kliniken und leisten einen Beitrag dazu, dass kultursensible Ansätze zunehmend ausgebaut werden konnten. Frau Priv.-Doz. Dr. Erim wird Ihnen später hierzu mehr berichten.

Trotz all dieser Maßnahmen, die in den letzten Jahren zur Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit einem Migrationshintergrund durchgeführt wurden, scheint die Versorgung weiterhin noch nicht flächendeckend ausreichend gesichert. Dies belegt eine Umfrage, die wir Ende 2007 an den Sozialpsychiatrischen Zentren, (nachfolgend SPZ abgekürzt) zum Stand der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten durchgeführt haben. Be merkenswert war dabei übrigens, dass sich alle SPZ an dieser Umfrage beteiligt haben, woher letztlich die hohe Qualität des gewonnenen Datenmaterials resultiert, das die Grundlage dafür bildet, gezielt weitere Maßnahmen im Rheinland zu platzieren. An dieser Stelle möchte ich mich für die Unterstützung durch SPZ-Mitarbeiterinnen und - Mitarbeiter ausdrücklich bedanken.

Der durchschnittliche Anteil an Klientinnen und Klienten mit einem Migrationshintergrund in den SPZ beträgt 10,4 %.

Vergleicht man diese Zahl mit dem Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner des Rheinlands, die mit einem ausländischen Pass hier leben - nämlich 11,6 % - , so liegt die Inanspruchnahme nur um ein knappes Prozent darunter. Weit mehr Menschen zählen jedoch darüber hinaus zur Gruppe der Menschen mit einem Migrationshintergrund, denn diese meint die

sogenannten „Gastarbeiter“ der ersten Generation und ihre Familien, die mittlerweile in zweiter und dritter Generation, oft mit einem deutschen Pass, hier leben.

Ebenso werden hierzu die Menschen gezählt, die hier um Asyl suchen und diejenigen, die als Spätaussiedler hierher gezogen sind.

Welche Steigerungen zustande kommen, wenn man diese Personengruppen berücksichtigt, lässt sich am Beispiel der Großstadt Köln darstellen. Während das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW knapp 190.000 Kölner Einwohner mit einem

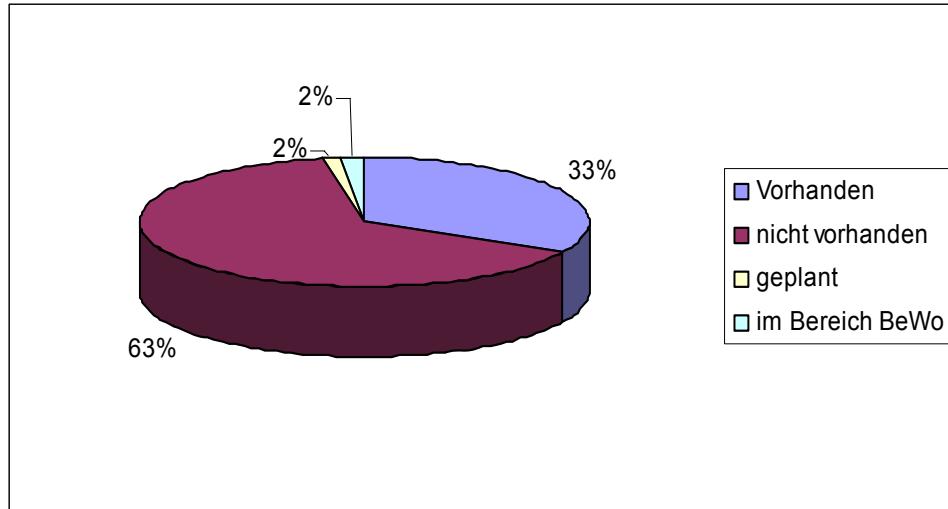
ausländischen Pass zählte, geht das Statistische Jahrbuch Köln 2006 von fast 330.000 Kölner Einwohnern mit einem Migrationshintergrund aus, das ist eine Steigerung um 38 %.

Diese Zahlen lassen die Interpretation zu, dass die Inanspruchnahme der Angebote der SPZ durch psychisch kranke Klientinnen und Klienten mit einem Migrationshintergrund nicht dem entspricht, wie sie in der Bevölkerung repräsentiert sind.

Aber wie sieht denn nun die außerklinische Versorgung für die Menschen mit einem Migrationshintergrund in den SPZ aus?

Folie 1: Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in den Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland

Frage: Gibt es eine/n Integrationsbeauftragte/n für migrationsspezifische Angebote im SPZ



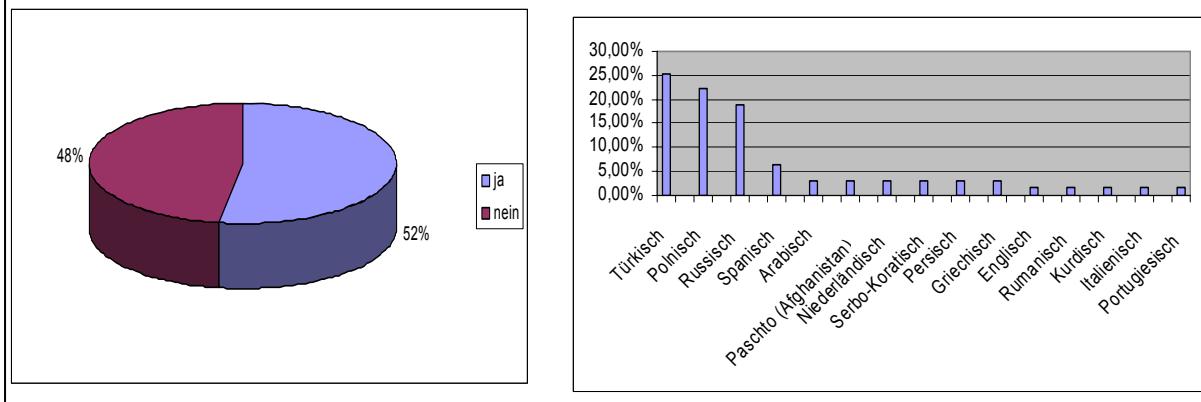
Rund 33 % (21 SPZ) haben einen Integrationsbeauftragten benannt, der sich um die Entwicklung des Themas kümmert.

Mehr als die Hälfte (52,4 %) der SPZ haben Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

ter mit einem Migrationshintergrund, die außer Deutsch und Englisch weitere Sprachen sprechen. Das Spektrum, das hier angegeben wurde, reicht von Türkisch, Russisch, Polnisch, Französisch bis in Einzelfällen zu Arabisch oder Kroatisch.

Folie 2: Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in den Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland

Frage: Beschäftigen Sie Fachkräfte mit Migrationshintergrund?
Wenn ja, welche Sprachen sprechen diese?



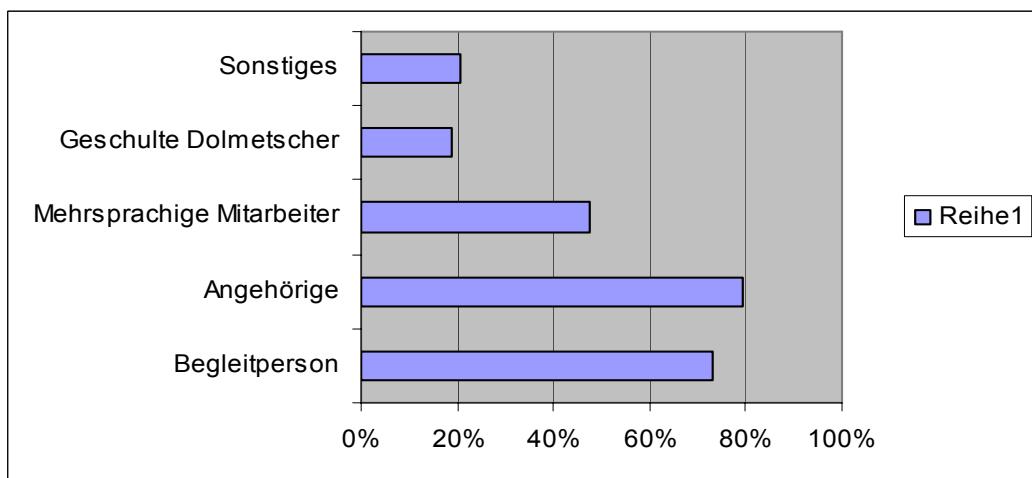
Kulturspezifische Angebote halten ca. 15 % aller SPZ (10 SPZ) vor. Dazu zählen Frauengruppen, Sprachkurse, muttersprachliche Beratungsangebote, sowie spezielle Informationsveranstaltungen, aber auch Aktivitäten wie

Kochgruppen in der Tradition der einzelnen Nationen.

Schriftliche Informationen in verschiedenen Sprachen halten 8 - das sind rund 12 % - der SPZ bereit.

Folie 3: Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in den Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland

Frage: Wie organisieren Sie die sprachliche Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Klienten/innen?

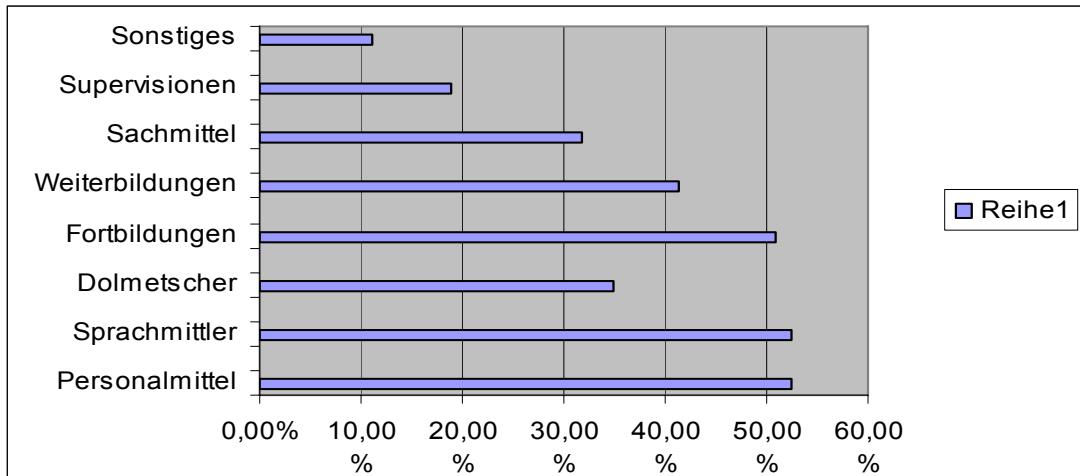


Um die Verständigung mit ihren psychisch kranken Klientinnen und Klienten zu sichern, müssen knapp 80 %

der SPZ auf Übersetzungsdiene von Begleitpersonen oder Angehörigen der Betroffenen zurückgreifen.

Folie 4: Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in den Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland

Frage: In welchen Bereichen gibt es einen Bedarf zur spezifischen Unterstützung von Migranten/Migrantinnen in den SPZ?



Mehr als die Hälfte der SPZ geben an, dass ihnen interkulturell geschultes und mehrsprachiges Personal fehlt. Entsprechend wünschen sich rund 50 % der SPZ noch mehr spezielle Fort- und Weiterbildungen zum Thema Interkulturelle Kompetenz. 35 % würden verstärkt professionelle Dolmetscherdienste benötigen und immerhin 19 % wünschen sich eine Supervision, die insbesondere Migrationsthemen berücksichtigt.

Darüber hinaus haben verschiedene SPZ unter dem Stichwort „Sonstiges“ angemerkt, dass eine stärkere Vernetzung und Kommunikation über zielgruppenspezifische Angebote im regionalen Hilfesystem nötig wäre. Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse der Befragung, dass die außerklinische psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland noch nicht überall gesichert ist.

Um einen weiteren Schritt bei der Verbesserung der Versorgungsstrukturen

für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten voranzukommen, hat die Landschaftsversammlung in ihrer Sitzung vom 10.03.2008 beschlossen, die Mittel für die Förderung der SPKoM analog der SPZ-Förderung zu erhöhen und – zunächst – ein weiteres SPKoM in Haushaltsjahr 2008 zu etablieren. Die Verwaltung ist im Moment damit beschäftigt einen Vorschlag zur Umsetzung des 4. SPKoM zu entwickeln.

Aber nun möchte ich das Wort an die Referentinnen und Referenten der heutigen Tagung weitergeben. Abgesehen von Herrn Vedder weisen alle einen türkischen Migrationshintergrund auf. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass Türkinnen und Türken, die mit Abstand größte Ausländergruppe in NRW darstellen. Ich bin überzeugt davon, dass unsere Referentinnen und Referenten über genügend interkulturelle Kompetenz verfügen, um die von ihnen formulierten Problemstellungen für alle Migrantengruppen darzustellen - unabhängig

Begrüßung

aus welchem Land oder welcher Kultur sie kommen.

Zum Abschluss des heutigen Tages wird es einen kleinen interkulturellen Mittagsimbiss geben.

Denken wir an Pizza, Gyros, Döner, Sushi usw., so fällt auf, dass es häufig die Essgewohnheiten und Speisen anderer Völker sind, die zuerst im Gastland angenommen werden und den Einheimischen einen Impuls zur Annäherung an fremde Kulturen geben. - Interkulturalität geht eben auch durch den Magen!

Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der drei SPKoM sowie den Integrationsbeauftragten der Rheinischen

Kliniken möchte ich mich besonders bedanken, denn sie haben in enger Zusammenarbeit mit dem Amt Planung und Förderung diese Fachtagung inhaltlich konzipiert und entwickelt.

Uns allen wünsche ich nun eine informative und anregende Veranstaltung.

Kontakt:

Ulrike Lubek
Landschaftsverband Rheinland
Dezernat Gesundheit,
Heilpädagogische Netzwerke
Tel.: 0221/809-6617/-6619
Mail: ulrike.lubek@lvr.de

Den Schritt ins Hilfesystem wagen! Von den Schwierigkeiten, angemessene Hilfen zu finden aus Sicht einer Angehörigen mit Migrationshintergrund

(Zur besseren Lesbarkeit wurde das Gespräch redaktionell bearbeitet)

Ayşe Elmas im Gespräch mit Beate Kubny-Lüke

Beate Kubny-Lüke: Vielen Dank Frau Lubek, dass Sie gekommen sind, trotz Ihrer angeschlagenen Gesundheit und uns eingeführt und begrüßt und uns einen Überblick über die Situation im Rheinland zur Versorgung von psychisch kranken Migrantinnen und Migranten gegeben haben. Ich denke, wir werden heute noch viel mehr dazu hören, aber zunächst geht es jetzt weiter mit einem Gespräch mit einer Dame, die selber als Angehörige von der Situation ein psychisch krankes Kind zu haben, betroffen ist. Ich begrüße Frau Elmas und bitte Sie zu mir zu kommen. Wir haben uns sehr gefreut Frau Elmas, dass Sie zugesagt haben, heute zu uns zu sprechen.

Ayşe Elmas: Ich wünsche allen wunderschöne Tag. Ich bin erste Mal hier, helfen Sie mir alle.

Beate Kubny-Lüke: Frau Elmas, wir haben uns letzte Woche unterhalten und Sie haben mir berichtet, dass Sie vier Kinder haben. Vier erwachsene Kinder, die alle ihren Weg gehen und einer Ihrer Söhne ist psychisch krank geworden. Ich möchte Sie jetzt fragen, wie das in Ihrer Familie gewesen ist, als Ihr Sohn krank wurde, wie hat das Ihre Familie aufgenommen?

Ayşe Elmas: Natürlich gab es Schock. Er war im Grundstudium, wir warten

darauf, dass er wird fertig. Wir haben natürlich alle in der Familie Schock gekriegt. Wir hatten keine Ahnung, was wollen wir machen. Wie sollen wir helfen?

Beate Kubny-Lüke: Aber, wie Sie mir berichtet haben, konnten Sie Ihrem Sohn helfen, denn Sie haben zu ihm gehalten. Aber wie war es in der weiten Verwandtschaft - den Onkel und Tanten? Wie haben diese Familienmitglieder aufgenommen, dass jemand in der Familie psychisch krank ist?

Ayşe Elmas: Am Anfang, wir können es verstecken. Er war in Köln im Wohnheim, meine Verwandten erstmal nichts mitgekriegt, weil wenn sie uns besuchen, war mein Sohn in seinem Zimmer. Keiner hat nachgefragt, wo ist dein Sohn? Das haben wir am Anfang erst mal für uns behalten.

Beate Kubny-Lüke: Sie haben von der psychischen Erkrankung erst einmal nichts in der Familie herum erzählt?

Ayşe Elmas: Ja, wollen wir nicht. Wir haben auch nicht gemacht, weil meine Kinder leben in der Stadt, dadurch haben wir nicht erklären müssen. Für die Familie - Onkel, Tanten, Großeltern - es ist schwer erklären. Die erste Generation verstehen sowieso nichts davon.

Beate Kubny-Lüke: Die Menschen, die in der ersten Generation nach Deutschland gekommen sind, haben kein Verständnis für so etwas. Und als Ihr Sohn dann wieder bei Ihnen gewohnt hat, wie hat dann die Verwandtschaft reagiert - die Onkel und die Tanten?

Ayşe Elmas: Wir haben nicht erzählt natürlich. Aber enge Verwandten sind auch sehr traurig und ich habe auch um Hilfe gebeten. Ich habe gesagt: Bitte helfen Sie mir, damit er behandelt wird, wir ihn zu einem Arzt bringen oder irgendwas.

Erste Generation hat gesagt, wir müssen Heilpraktiker finden oder er haben Teufel im Kopf. Natürlich wir haben nicht geglaubt, wir wollten medizinische Beratung.

Ich habe einmal Anruf bekommen von Köln. Ich weiß nicht, wer es war. Er war, glaube ich, ein Arzt. Mein Sohn hat von ihm Besuch gehabt, 2 ½ Stunden sie sprechen - danach hat er bei mir angerufen, er hat mir gesagt: „Ihre Sohn ist krank. Muss so schnell wie möglich behandelt werden“. Und dann hat er mir einen Weg gezeigt und ich danke dem Herrn. Er meinte, in Köln gibt es solche Verein und in Solingen auch solche Verein. Und er hat mich privat angerufen und mir vom Verein Telefonnummer gegeben. Dann habe ich angerufen, Termin gemacht im Verein. Ich habe mehrere Mal Termine gehabt. Erste Mal hat mein älterer Sohn mit mir zusammen Termin gehabt. Wir haben uns unterhalten und Hilfe gesucht. Dann kam ich mehrere Male mit meiner ganzen Familie, mein Mann auch dabei. Danach mit meinem kranken Sohn haben wir paar Mal Termin geschafft. Aber die Termine waren im Abstand von vier Woche oder drei

Woche. Diese drei Woche - das war für mich wie ein Jahr. Habe ich einmal einatmen und ausatmen und auf nächsten Termin warte ich. Und dann haben die gesagt, wir müssen für Sohn einen Betreuer haben. Das haben wir so schnell wie möglich gemacht. Betreuer hat mir viel geholfen, wir haben das allein nicht geschafft.

Dann habe ich Besuch gekriegt zu Hause, ein Arzt war gewesen bei mir. Dann an einem Tag, hat der Betreuer mich angerufen und mir gesagt, sie dürfen jetzt Sohn zur Behandlung holen. Er hat mir gesagt: „Wann soll ich vorbei kommen, Ihren Sohn abholen?“ Ich hab gesagt: „Am besten so schnell wie möglich.“ Ich wollte nicht abends, denn sonst meine Kinder alles mitkriegen und so mein Mann auch nichts mitkriegen. Der Arzt hat mir gesagt, ich darf bei sein.

Dann ich habe meinen Mann und meinen anderen Kinder gesagt, ich gehe jetzt nach Hause, kommt jemand zu uns wegen kranken Sohn. Wir haben noch mal Termin. Ich habe gar nicht gesagt, dass er mitgenommen werden soll. Da wollte ich auch meine anderen Kinder schützen. Und dann ich bin alleine gegangen, habe Koffer eingepackt. Mein kranker Sohn hat gekocht, wollte gerade essen. Ich weiß genau, es war vier Uhr Nachmittag. Ich habe seine Sachen eingepackt und im Flur vorbereitet. Ich habe gesagt: „Mein Sohn, Schatz, du musst jetzt schnell machen, kommt jemand bei uns zu Hause, wir müssen unterhalten und so.“ Ich habe nicht gesagt, kommt jemand dich abholen. Konnte ich nicht sagen. Und dann war natürlich Krankenwagen. Komische Männer stehen da mit dicken Handschuhen.

Beate Kubny-Lüke: Und die haben Ihren Sohn dann mitgenommen.

Ayşe Elmas: Ja.

Beate Kubny-Lüke: Und dann hatten Sie die Möglichkeit, dass er behandelt wird.

Ayşe Elmas: Ja, auf eine Seite brennt mein Herz, auf andere Seite, ich bin so glücklich für meinen Sohn. Wir haben große Schritte eingeleitet. Dieser Verein in Solingen helfen dabei und haben mit Weg gezeigt. Obwohl es ein Jahr war, dass ich mit meinem kranken Sohn unter einem Dach gelebt habe und ich habe oft geweint. Wir sind alle berufstätig, wenn wir alle zu Hause waren, wir haben uns im Wohnzimmer versteckt, damit mein kranker Sohn in der Küche kochen kann. Wir wollten ihn nicht stören. So haben wir ein Jahr gelebt.

Beate Kubny-Lüke: Und Gott sei Dank hat das dann funktioniert, dass Ihr Sohn durch den Betreuer in Behandlung gekommen ist.

Ayşe Elmas: Gott sei Dank. Und dann waren diese Männer, sie haben mit Gewalt ihn geholt, denn er wollte nicht gehen. Ich hab gesagt, bitte geben Sie eine Spritze oder eine Tablette, damit er sich beruhigt. Ich weiß nicht, was habe ich gemacht. Ich hab geschrien natürlich, denn ich wollte nicht meinem Sohn weh tun lassen. Die haben mitgenommen meinen Sohn. Das war schlimmste Tag in meinem Leben. Und auf andere Seite ich bin sehr froh und ich bin sehr froh, ich habe richtigen Weg gefunden.

Beate Kubny-Lüke: Wie geht es ihm heute?

Ayşe Elmas: Besser – wie einem normalen Menschen.

Beate Kubny-Lüke: Sie haben mir erzählt, dass er arbeitet. Er fährt medizinische Geräte aus, haben Sie mir erzählt, und ist in Berlin, Hamburg und München unterwegs.

Ayşe Elmas: Und er hat auch ein Geschäft. Wir haben mit der ganzen Familie ein Geschäft für ihn aufgebaut. Wir helfen im Geschäft, aber er kaschiert natürlich.

Beate Kubny-Lüke: Sie haben mir auch berichtet, dass ihr Sohn mittlerweile verheiratet ist und eine eigene Wohnung mit seiner Frau hat. Und Sie haben berichtet, dass es sehr wichtig war, dass Sie bei der Hochzeit ein großes Fest gefeiert haben.

Ayşe Elmas: Ja, die Leute, die uns trösten, sind gekommen, wenn mein Sohn heiraten. Wir haben 800 Leute eingeladen - 1.300 Menschen sind gekommen - unsere Verwandten, Bekannten, Nachbarn, Lehrer. Mein Mann ist seit 40 Jahren und ich bin seit 1973 in Deutschland. Ich kenne viele Menschen. Sie alle konnten sehen – mein Sohn ist wieder gesund.

Beate Kubny-Lüke: Die haben Sie alle eingeladen?

Ayşe Elmas: Viele haben gehört von Hochzeit - sind ohne Einladung gekommen. Dass sie kommen, damit haben sie uns unterstützt und unsere Freude mit uns geteilt.

Beate Kubny-Lüke: Mit dieser Hochzeit konnten Sie allen Menschen zeigen, wie gut es Ihrem Sohn wieder geht. Es war ein Zeichen für die anderen.

Ayşe Elmas: Die Hochzeit und das Fest, das bedeutet, wir müssen diese Krankheit nicht verstecken.

Beate Kubny-Lüke: Als wir uns unterhalten haben, da haben Sie auch darüber berichtet, was Sie denken, was anders sein müsste, damit man mit der Krankheit offen umgehen kann. Sie haben darüber berichtet, dass Sie sich viele Informationen besorgt haben. Was würden Sie sich wünschen?

Ayşe Elmas: Damals habe ich Bücher bestellt. Ich lese gerne jeden Morgen mit Kaffee meine Zeitung und auch Bildzeitung, obwohl ich nicht richtig grammatisch lesen kann.

Ich finde, dass Menschen zu wenig über die Krankheit von meinem Sohn wissen, da kommt zu wenig im Fernsehen oder in Zeitung. Wenn jemand herzkrank ist, dass kann er stolz zeigen, ich bin krank am Herz oder ich bin krebskrank – er kann es den Verwandten erzählen.

Die psychische Krankheit, da bin ich mehr hilflos. Ich brauche mehr Öffentlichkeit, damit alle wissen, für solche Krankheit gibt auch eine Lösung zum Gesundwerden. Das ist wichtig, damit die Leute akzeptieren diese Krankheit und diese kranken Menschen.

Ich habe gehört, meine Verwandten haben gesagt, Ayşe ist wohl verrückt geworden. Mein Sohn hatte erst kein Platz als Mensch, aber wir haben Platz geschaffen.

Ich bin auch in die Kirche gegangen in Wuppertal, bin beten gegangen. Ich bin nicht zum Wunderheiler gegangen - aber beten.

Beate Kubny-Lüke: Sie haben Ihre Informationen unter anderem im Sozial-psychiatrischen Zentrum bekommen, von den Mitarbeitern. Sie haben mir gesagt, Sie wünschen sich, dass sehr viel mehr Information zur Verfügung steht. Vielleicht auch in anderen Sprachen.

Ayşe Elmas: Ja, wenn sie zusammensitzen, dann soll es auch möglich sein, über diese Krankheit zu erzählen - auch darüber, wie man wieder gesund werden kann und dass es normal ist, wenn jemand krank wird.

Beate Kubny-Lüke: Dass Sie heute hier sind, ist auch ein Beitrag dazu, dass es Öffentlichkeit gibt, dass darüber geredet wird, dass möglichst viele Fachleute, Menschen aus anderen Ländern unterstützen, wenn sie psychisch krank sind.

Ayşe Elmas: Ich habe mich gequält, ich habe meinen Sohn geholfen, gesund zu werden. Ich habe mich fragen: „Warum helfe ich nicht anderen. Wie habe ich es gemacht, was habe ich erlebt.“

Wenn ich Zeit habe, schreibe ich es auf, aber ich hab so wenig Zeit. Ich möchte es aufschreiben, was ich erlebt habe - all die Tage und die Nächte. Damit ich vielleicht meinen Landsleuten helfen kann. Das habe ich so vor, aber es ist ein großer Schritt.

Vielleicht kann ich noch mehr helfen. Ich hab auch viele kranke Leute gesehen im Krankenhaus – habe Essen mitgebracht, Anziehsachen gegeben und sie besucht, wenn ich im Krankenhaus war.

Beate Kubny-Lüke: Sie haben aus Ihrer Erfahrung mit Ihrem Sohn viel gelernt. Sie wollen Ihre Erfahrungen auch an andere weitergeben. Vielleicht werden Sie Ihre Erfahrungen aufschreiben.

Und wir haben im Vorgespräch darüber geredet, dass es vielleicht auch eine Gruppe von Angehörigen in Solingen geben könnte, an der Sie sich beteiligen würden.

Heute sind Sie zu uns gekommen und haben uns berichtet und uns an Ihren Erfahrungen teilhaben lassen. Ich sage vielen Dank, dass Sie diesen Schritt gemacht haben, denn es ist sehr mutig, hierher zu kommen und uns von Ihrer Geschichte und der Ihres Sohnes zu berichten.

Kontakt:

Ayşe Elmas über
SPKoM Bergisches Land
Psychosozialer Trägerverein Solingen – c/o Martin Vedder
Tel.: 0212 / 22289-49
mve@ptv-solingen.de

Warum kommen psychisch kranke MigrantInnen in der sozialpsychiatrischen Versorgung nicht an?

Arif Ünal

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat es sehr viele Versuche und Initiativen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen auf allen Ebenen gegeben. Migrationsbezogene, zielgruppenspezifische Angebote der Wohlfahrtsverbände und Förderpraxis der Kostenträger haben dazu hilfreiche Vorarbeiten geleistet.

Veröffentlichungen, Konferenzen der Fachgesellschaften und neue Initiativen zeigen, dass die Bedeutung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in das Bewusstsein einer breiten Fach- und gesellschaftlichen Öffentlichkeit gedrungen ist.

Trotz dieser positiven Tendenzen fehlen immer noch Studien zur Epidemiologie psychischer Morbidität, die spezifisch gemäß der kulturellen Herkunft der MigrantInnen erfassen. Solche Studien sind aber dringend notwendig für die Beurteilung der Versorgungssituation, Notwendigkeit und Art der Hilfeleistungen, die auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Gebiet zu erbringen sind.

Dagegen sind die Ursachen der psychischen Störungen bei MigrantInnen in vielen Studien erforscht worden (Hoffman u. Machleidt 1997; Haasen u. Yagdiran 2000; Machleidt u. Calliess 2003)

Daten zur psychiatrischen Versorgungslage in NRW, resp. dem Rheinland

Im Rheinland stehen im Erwachsenenbereich über **7.000 psychiatrische Betten** in Kliniken und Fachabteilungen zur Verfügung.
Es gibt **mehr als 60 Tageskliniken mit über 1.000 Betten**.

In NRW gibt es darüber hinaus **20 gerontopsychiatrische und vier suchttherapeutische Tageskliniken**.

Im Rheinland gibt es **120 Wohnheime für psychisch Kranke mit über 2.000 Plätzen**.

Es gibt über **2.100 Arbeitsplätze für psychisch Behinderte**.

Es gibt **67 Sozialpsychiatrische Zentren und mehr als 70 Kontakt- und Beratungsstellen**.

In NRW gibt es **108 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater**.

169 Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie im Bereich der KV-Nordrhein.

Der Anteil der PatientInnen mit Migrationshintergrund in den; (2002)

Kliniken	3,9 %
Tageskliniken	2,4 %
Psychotherapiestationen	2,1 %
Forensischen Kliniken	10,0 %

Nach einer Erhebung von Dr. Leidinger sind die MigrantInnen bei Einweisun-

gen nach PsychKG und auf geschlossenen Stationen überrepräsentiert.

Aber in den nicht-klinischen gemeindepsychiatrischen Angeboten sind die Migranten auch unterrepräsentiert.

Diese Zahlen haben sich in vergangenen Jahren evtl. nach oben geändert. Auch in einigen Kliniken wurden gezielt durch die interkulturelle Öffnung Anstrengungen unternommen und dadurch die Anteile der PatientInnen mit Migrationshintergrund erhöht. Trotz dieser positiven Entwicklung können wir sagen, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund in den psychiatrischen Einrichtungen nicht entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung vertreten sind. Es gibt immer noch sichtbare und nicht sichtbare Zugangsbarrieren, die im Rahmen interkultureller Öffnung dringend beseitigt werden müssen.

Gründe der geringen Inanspruchnahme

Da es keine datengestützte Untersuchungen im Bereich Inanspruchnahme der psychiatrischen Einrichtungen gibt, müssen wir mit unseren praktischen Erfahrungen versuchen, uns an das Thema zu nähern. Wenn wir von der gleichen Morbidität der MigrantInnen ausgehen, müssten sie entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung sich auch in den Einrichtungen wieder finden, was nicht der Fall ist.

Erste Annahme der geringen Inanspruchnahme: Eventuell nutzen die MigrantInnen andere Behandlungssysteme!

Aus der praktischen Erfahrung kann ich diese Annahme teilweise bestätigen. So kommt es immer wieder vor,

dass Ärzte im Ursprungsland oder traditionelle Heiler dort oder in Deutschland aufgesucht werden. Bei der volksmedizinischen Krankheitsvorstellung der MigrantInnen spielen z.B. magische und religiöse Vorstellungen, wie „nazar“ (böser Blick), „büyü“ (Zauber), bei Entstehung psychischer Erkrankungen eine große Rolle. Sie nehmen auch an, dass die Ärzte aus ihrem Kulturkreis sie besser verstehen können.

Wenn wir die Frage der geringen Inanspruchnahme in den Praxen **aus definitorientierter** Sicht beantworten wollen, könnten wir annehmen, dass MigrantInnen nicht kommen, weil sie nicht wissen, dass es psychische Störungen gibt und, dass man damit zu Psychiatern und Psychotherapeuten gehen kann.

Obwohl es gegenüber psychiatrischen Erkrankungen immer noch Vorurteile gibt, erleben wir in den letzten Jahren, dass MigrantInnen mit ihren psychischen und psychiatrischen Erkrankungen offener umgehen und miteinander darüber reden.

Die Überfüllung der sehr wenigen vorhandenen Einrichtungen, die spezifische Angebote für diese Zielgruppe anbieten, verbunden mit längeren Wartezeiten bei TherapeutInnen mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen zeigen, dass diese Annahme der fehlenden Kenntnisse nicht richtig ist.

Man könnte auch annehmen, dass MigrantInnen gesünder sind als die Hiesigen und deswegen keine Behandlung benötigen. Einige praktische Erfahrungen widerlegen leider diese Annahme.

Ich glaube, dass man ohne weiteres postulieren kann, dass psychiatrische Hilfesysteme von Betroffenen dann aufgesucht werden, wenn die Hoffnung besteht, dort im emotionalen Leid oder in der damit zusammenhängenden Krise verstanden zu werden und adäquate Hilfe zu erhalten.

Dieses Vertrauen ist besonders in Bezug auf die monoethnisch ausgerichteten psychiatrischen Einrichtungen stark gestört, weil die Werte der autochthonen Gesellschaft das therapeutische Handeln ebenfalls im Alltag leiten.

Weitere Zugangsbarrieren seitens der MigrantInnen;

- **Nicht vorhandene oder unzureichende Deutschkenntnisse**

Festzustellen ist, dass der Zugang zu den bestehenden Angeboten durch Sprachprobleme in allen Altersgruppen und durch kulturelle Vorstellungen erschwert wird.

Da der Migrationsprozess immer noch stattfindet, gibt es immer mehr junge Menschen, die eine muttersprachliche Beratung benötigen. Die muttersprachliche Beratung hat nicht nur eineverständigungstechnische Funktion, sondern schafft ein ganz anderes Vertrauensverhältnis, das für eine sinnvolle Beratung und Therapie unerlässlich ist.

Da viele Institutionen diese Sprachprobleme nicht systematisch, sondern ad-hoc, durch fachfremdes Personal (Küchenhilfen, Putzfrauen usw.), oder durch Missbrauch der Familienangehörigen (Kinder, Ehemänner und -frauen) lösen, ist der Informationsinhalt der Beratung und das Vertrauensverhältnis sehr fragwürdig

Auch bei den KlientInnen, die keine großen Sprachprobleme haben, haben Fachleute Schwierigkeiten, die Beschreibungen richtig zu deuten

- **Fehlende Informationen über die bestehenden Angebote**

Das öffentliche Gesundheitssystem in der Bundesrepublik ist sehr ausdifferenziert. Im Gesundheitszentrum haben wir immer wieder festgestellt, dass MigrantInnen aus der Türkei, obwohl sie teilweise seit über 10-15 Jahren in der Bundesrepublik leben und Kontingentflüchtlinge aus Russland, nur sehr wenig über das Gesundheitssystem informiert sind. Die Differenziertheit der Regelstellen, die in den Herkunftsländern nicht vorhanden ist, ist einer der Gründe dafür. Da sie keine adäquaten Strukturen in ihren Heimatländern kennen, können sich viele MigrantInnen nicht das geringste unter diesen Strukturen vorstellen (z.B. Sozialpsychiatrisches Zentrum, Sozialpsychiatrischer Dienst, Kontakt- und Beratungsstellen, psychiatrische Ambulanz, Tagesklinik, BeWo).

Unterschiedliche Träger, wie städtische Ämter, verschiedene freie Vereine und Wohlfahrtsverbände usw. verkomplizieren die Situation zusätzlich. Zu diesem Informationsdefizit trägt sicherlich auch die Informationspolitik der Institutionen sehr stark bei. Sehr wenige Einrichtungen haben Informationsbroschüren in der Muttersprache für diese Zielgruppen herausgegeben. Diese Vorgehensweise ist nach unseren Erfahrungen durch die irrtümliche Annahme, dass MigrantInnen keine Sprachprobleme mehr haben und durch die Angst, wie eine Mitarbeiterin eines SPZ zum Ausdruck brachte, „von den Ausländern überrollt zu werden“ begründet.

- Fehlendes Vertrauen in die Empathiefähigkeit der deutschen MitarbeiterInnen - „Sie können uns nicht verstehen“-Haltung**

Sehr viele Menschen mit Migrationshintergrund nehmen an, dass die autochtonen MitarbeiterInnen sie nicht verstehen können, da sie einen ganz anderen kulturellen und religiösen Hintergrund haben. Diese Haltung verhindert nicht nur die Inanspruchnahme der Einrichtungen, sondern auch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Weitere Zugangsbarrieren sind:

- Unterstellung von ethnozentrischen und rassistischen Vorurteilen**
- Kulturelle Hemmungen gegenüber der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung**
- Angst vor Stigmatisierung.**
- Vorbehalte gegen fremdkulturelle ethische Positionen der Beratungsdienste („Die Hetzen die Kinder und/oder Frauen auf“)**
- Angst vor Datenübermittlung von Einrichtungen**
- Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Nachteile für Personen. (Frauen in Scheidung, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder)**
- Krankheits- und Gesundheitsverständnis.**

Zugangsbarrieren auf Seiten der Einrichtungen:

- Mittelschichtorientierte und monoethnische Behandlungsansätze**

- Starke Spezialisierung (Delegation von Teilproblemen wird als Zurückweisung erlebt)**
- Keine Hinweise im Erscheinungsbild der Einrichtungen, dass MigrantInnen erwünscht sind**
- Überwiegend schriftliche deutsche Werbung. (Öffentlichkeitsarbeit!)**
- Zu wenig muttersprachliches interkulturelles Fachpersonal**
- Schlechte Erreichbarkeit/ ungünstige Öffnungszeiten**

Kontaktschwierigkeiten seitens der haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen:

- Fehlende Sprachkenntnisse und Hintergrundwissen über Migrantengruppen**
- Unsicherheiten bei der Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung**
- Vorurteile, Stereotypen. Ethnozentrische Anteile der eigenen Wahrnehmungs- und Deutungsmuster**
- Verteidigung sozialstaatlicher Privilegien gegenüber „Fremden!“**
- Überbetonung und Verallgemeinerung der kulturellen Unterschiede**
- Ignorierung der Unterschiede-Universalisten (Alle Methoden gelten für alle)**
- Bei Frauen „Machobild“ der ausländischen Männer oder Bild der armen, unterdrückten Frauen**
- Reaktivierung kollektiver Schuldgefühle**
- Angst vor Mehrbelastung „Wir werden von Türken überrollt“- Mentalität**

- Professionelle Überforderungsgefühle

Handlungsempfehlungen:

1. Entwicklung und Unterstützung der zielgruppenspezifischen Angebote für Migrantinnen und Migranten:
Sowohl heute als auch in Zukunft wird es immer verschiedene Gruppen von Menschen geben, die aus unterschiedlichen Gründen das Regelsystem nicht in Anspruch nehmen können. Für solche Gruppen ist es dringend notwendig passgenaue und zielgruppenkonforme, niedrigschwellige Angebote zu entwickeln. Diese Vorgehensweise ist nicht nur für die Sicherstellung des Versorgungsauftrages, sondern auch für die Integration in die Regelversorgung notwendig. Solche Angebote sind nicht als Alternative der Regelversorgung, sondern als Ergänzung zu verstehen.
2. Die langfristige Lösung der psychiatrischen Versorgungsprobleme von Migrantinnen und Migranten ist die interkulturelle Öffnung der Einrich-

tungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Trotz aller Schwierigkeiten sei der Öffnung gibt es keine Alternative zur interkulturellen Öffnung der Regeldienste. Für ein friedliches Zusammenleben, zur guten wirtschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland und um die Verpflichtung des Staates gegenüber seinen Bürgern, sie zu schützen umzusetzen, müssen die versteckten und offenen Zugangsbarrieren zu den Regeldiensten beseitigt werden.

Dies ist die einzige, vernünftige, notwendige und kostengünstige Alternative zur Segregation, Ausgrenzung und Diskriminierung der MigrantInnen.

Kontakt:

Arif Ünal
SPKoM Köln
Gesundheitszentrum für MigrantInnen
in Köln (GfM)
0221/95154231
arif-uenal@paritaet-nrw.org

Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der interkulturellen gemeindepsychiatrischen Versorgung

Sevgi Firat
Martin Vedder

Einleitung

Seit einigen Jahren erhält das Thema Migration auch im Bereich der sozial-psychiatrischen Hilfen zunehmende Aufmerksamkeit und es wird dringender Handlungsbedarf benannt. Zunächst aber ist Folgendes festzuhalten: Migrantinnen und Migranten kommen in der sozialpsychiatrischen Versorgung an und viele Träger von Sozialpsychiatrischen Zentren haben die Bedeutung des Themas erkannt. So beschäftigen nach einer Umfrage unter den rheinischen SPZ zufolge ca. 50 % der Einrichtungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Ein kritischer Blick auf das Versorgungssystem zeigt aber, dass Qualität und Quantität der Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zum Bedarf unzureichend sind.

Auch wenn dieses Thema unserer Erfahrung nach im Bewusstsein der Professionellen verankert ist, stehen wirklich wirksame Aktivitäten noch ganz am Anfang und drohen - trotz des guten Willens der beteiligten Akteure, wie das bei Querschnittsthemen so üblich ist - im Alltag unter dem Druck vieler anderer dringlicher Anforderungen an den Rand gedrängt zu werden.

Unsere Handlungs-„empfehlungen“ sind weniger als Rezepturen gemeint,

sondern eher in dem Sinne, dass etwas getan werden muss. Wir sprechen von „Empfehlungen“, um eine **Einladung zum Handeln** auszusprechen: wir wollen hier zeigen, dass es eine Reihe von, zum Teil einfachen Schritten gibt, deren Umsetzung wir für besonders wichtig halten. Wir wären daher froh, wenn unsere Impulse zu konkreten Verbesserungen anregen würden.

1. Kennen Sie Ihre Zahlen!

Nur wenige Themen laden zum Spekulieren und Entwickeln von wenig abgesicherten Theorien gleichermaßen ein wie das Thema Migration. Möglicherweise hat dies auch damit zu tun, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter im Privaten, als politischer Mensch und im Beruf mit diesen Fragen zu tun hat. Deshalb ist es sinnvoll, mit Fakten zu beginnen und als einen der ersten Schritte Quoten von Migrantinnen und Migranten in der Region und, im Vergleich dazu, in der eigenen Einrichtung zu erheben. Sie geben einen ersten, deutlichen Aufschluss über den aktuellen Stand der interkulturellen Öffnung.

Die Ergebnisse der Befragung unter den SPZ im Rheinland zeigt eine deutliche Unterrepräsentation von Migrantinnen und Migranten.

Eine genauere Analyse macht die Schärfe des Problems deutlich. Laut Mikrozensus 2006¹ beträgt der Anteil an Ausländern, d.h. Menschen mit nicht deutschem Pass, 9 %. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund und deutschem Pass 10 %. Die Verteilung ist regional sehr unterschiedlich. In NRW gibt es Kreise mit einem Ausländeranteil von 7 %, aber auch Städte mit einem Anteil von nahezu 20 % von Migrantinnen und Migranten an der Bevölkerung. Folgen wir den Erhebungen des Mikrozensus und rechnen zu den „Ausländern“ noch die „Deutschen“ mit Migrationshintergrund hinzu, müssen wir mit einer Spannweite von 15 % - 40 % rechnen. Unter Berücksichtigung sozialstruktureller Merkmale müsste ihr Anteil in den SPZ sogar noch höher liegen.² Allerdings lässt sich schwer berechnen, wie stark sich dies in exakten Zahlen niederschlägt, zumal auch stadtteilbezogen die Migrantenquoten stark schwanken können.

Die Tendenz dürfte jedoch wenig bestreitbar sein: Wenn sich die SPZ weiter in der Versorgungsverantwortung für eine Region sehen und damit einen angemessenen Migrantanteil unter ihren Nutzern vertreten sehen wollen, müssen sie sich wesentlich intensiver um diesen Teil der Bevölkerung kümmern.

Praktische Erfahrungen mit der Erhebung eigener Zahlen zeigen, dass das

¹ Statistisches Bundesamt 2006, S. 75

² Die Nutzer unserer Hilfen sind statistisch gesehen überdurchschnittlich häufig arm, arbeitslos, leben in verdichteten Wohnvierteln und haben im Durchschnitt einen schlechteren Bildungsstatus als der Durchschnitt der Bevölkerung. Diese Merkmale überschneiden sich stark mit dem Merkmal „Migrationshintergrund“. Andererseits steht dem der überdurchschnittlich hohe Anteil von Kindern in dieser Bevölkerungsgruppe gegenüber.

Ermitteln von belastbaren Zahlen mitunter wirklich bedeutet zu zählen: oft wissen nur die Bezugsbetreuer sicher, bei welchen Klientinnen und Klienten ein Migrationshintergrund vorliegt. Nach unseren Erfahrungen zeigt sich in differenzierteren Erhebungen ein Trend, der insgesamt in Bezug auf Migrantinnen und Migranten zu beobachten ist: je längerfristiger Hilfen angelegt sind und je mehr rehabilitativen Charakter sie haben, desto niedriger ist der Migrantanteil.³

2. Prüfen Sie den Grad Ihrer interkulturellen Öffnung!

Zusätzlich zur Ermittlung von Quoten empfiehlt sich eine differenziertere Bestimmung des Ist-Standes der interkulturellen Öffnung. Ein leicht einzusetzendes Instrument ist die Checkliste zur interkulturellen Öffnung, die von Herrn Ünal vom Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten, Köln entwickelt wurde.

Einige Fragen aus der Checkliste⁴ als Beispiele:

A Institutionelle Entwicklung

- 1 Welche MigrantInnengruppen werden als Zielgruppe definiert?
- 2 Welche interkulturellen Aussagen werden in der Konzeption oder Satzung berücksichtigt?
- 3 Welche sonstigen Regelungen (Dienstanweisung, Richtlinien usw.) bestehen in Bezug auf Interkulturalität?

³ Diese Tendenz findet ihre Entsprechung in den hohen Migrantanteilen bei forensischen Patienten und bei Zwangseinweisungen.

⁴ Fragebogen erstellt nach der „Checkliste für Interkulturalität“ von Arif Ünal, Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten, Köln; s. Anhang

B Leitsystem

- 1 Gibt es Hinweisschilder / Wegweiser in den Einrichtungen in den Sprachen der Klientel?

C Die Entwicklung der Einrichtung in Richtung interkultureller Öffnung in Bezug auf Fort- und Weiterbildung des Personals und Supervision

1. Gibt es regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen zu interkulturellen Themen?

D Öffentlichkeitsarbeit

1. Betont die Einrichtung in der Öffentlichkeit ihre Interkulturalität und ihre Zuständigkeit für MigrantInnengruppen im Einzugsgebiet?
2. Werden Informationsmaterialien - z.B. über therapeutische Angebote / Maßnahmen - in verschiedenen Sprachen herausgegeben?
3. Gibt es gezielte Informationsmaterialien für MigrantInnen?

E Das Umfeld der KlientInnen in der Einrichtung, im Besucherraum und im Beratungsetting

1. Ist eine differenzierte sprachliche Verständigung mit den KlientInnen gewährleistet?
2. Werden bei der Essensvorbereitung in der Küche / Kantine die kulturellen Bedürfnisse der MigrantInnen berücksichtigt?

F Überprüfungsvorgänge der Interkulturalität

1. Werden die Entwicklungstendenzen und Maßnahmen dokumentiert?
2. Gibt es in der Einrichtung eine Innovationsgruppe, die unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit, die Qualität der Versorgung verbessert?

Hilfreich ist die genauere Bestimmung des Status Quo auch, um konkrete Schritte zur Veränderung des Angebotes zu bestimmen. Wenn interkulturelle Öffnung wirksam werden soll, muss sie sich in einer Reihe praktischer Maßnahmen, die nach außen hin auch so etwas wie eine Signalfunktion übernehmen, niederschlagen. Wer sich interkulturell öffnet, erlebt einen leichteren Zugang zu dieser Zielgruppe. Vorhandene Barrieren werden ansatzweise verhindert.

3. „Es muss von oben gewollt sein“

Sechs Jahre nach der Veröffentlichung der Sonnenberger Leitlinien⁵ scheint die Bedeutung des Themas der interkulturellen Ausrichtung der sozialpsychiatrischen Einrichtungen im Fachdiskurs angekommen zu sein. Notwendige Änderungen in den Institutionen stoßen auf vielfältige Schwierigkeiten. Eine stärkere Ausrichtung sozialpsychiatrischer Angebote auf Migrantinnen und Migranten ist auch ein Prozess der Organisationsentwicklung. Deshalb ist die Einbindung der

⁵ Die „12 Sonnenberger Leitlinien“ zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland wurden auf der Fachtagung 2002 des Internationalen Arbeitskreises im Haus Sonnenberg/Harz verabschiedet. Machleidt 2002

Einrichtungsleitung des SPZ unverzichtbar.

Der Anstoß zur interkulturellen Öffnung findet erfahrungsgemäß zunächst viel positiven Zuspruch. Allerdings taucht unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schnell die Sorge auf, sowohl durch die Vielzahl der möglicherweise zu betreuenden Personen als auch durch bestehende komplexe Problemlagen überfordert zu werden.

Neben dem besonderen Engagement einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für dieses Thema muss interkulturelle Öffnung daher auch von „oben nach unten“ eingeführt werden: Zeitliche Ressourcen für aufwändige Clearingarbeit, Recherche, Vernetzung etc. müssen bereitgestellt werden. Hinzu kommt, dass nachhaltige interkulturelle Öffnung eine langfristig angelegte Strategie erfordert. Sofern Einrichtungen in einem Leitbild ihre eigenen Ziele beschrieben haben, empfiehlt sich auch hier die Aufnahme entsprechender Ziele.

Dabei kommen über den fachlichen Aspekt der Erfüllung eines Versorgungsauftrages auch ökonomische Aspekte ins Spiel: Migrantinnen und Migranten sind eine wichtige „Kundengruppe“, die nicht vernachlässigt werden darf und mittels besondere Anstrengungen von der Nützlichkeit sozialpsychiatrischer Angebote überzeugt werden kann.

4. Benennen Sie einen Migrationsbeauftragten für Ihr SPZ!

Die Berücksichtigung des besonderen Bedarfes von Nutzern mit Migrationshintergrund ist ein Querschnittsthema, das alle Bereiche und Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter betrifft – ähnlich wie das Thema Gender Mainstreaming. Damit es die entsprechende durchgehende Aufmerksamkeit und das nötige Engagement erhält, ist eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter nötig, die / der sich für dieses Thema verantwortlich fühlt und in der Lage ist, sich diesem Thema ausreichend zu widmen. Eine Migrationsbeauftragte / ein Migrationsbeauftragter, die / der für diese Aufgabe ein gewisses Stundenkontingent zu Verfügung gestellt bekommt, wird Schaltstelle für migrantspezifische Fragen. Es geht darum, Wissen zu transportieren und Hilfen zu vermitteln. Ihre / Seine Aufgabe besteht nur zum geringeren Teil darin, direkte Unterstützung zu leisten. Wichtig ist vor allem, sich auszukennen, d.h. zu wissen, wo Informationen zu finden sind, wen man fragen kann oder wer zusätzlich Hilfen leisten kann.

Schließlich ist es für Außenstehende wichtig, das spezifische interkulturelle Angebot mit einer bestimmten Ansprechperson zu verbinden.

5. Vernetzen Sie sich mit den Migrations- und Regeldiensten!

Eine sozialpsychiatrische Einrichtung, die sich interkulturell ausrichtet, wird mit vielen sehr unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert. Die Vielzahl möglicher Sprachen lässt sich unmöglich dadurch abdecken, dass es jeweils Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechendem sprachlich-kulturellen Hintergrund gibt. Ebenso können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Institutionen nicht über jedes notwendige migrationspezifische Wissen verfügen. In allen Regionen gibt es aber eine Reihe hoch qualifizierter, z.T. schon

seit vielen Jahren arbeitender und in den Migrantengemeinden gut bekannter Beratungsdienste. Viele Migrantberatungsstellen haben in der Vergangenheit ein allgemeines Beratungsangebot für Migrantinnen und Migranten vorgehalten. Auf diese Weise wurden sie Anlaufstelle auch für Menschen mit Migrationshintergrund, die aufgrund psychischer Krisen oder Erkrankungen auf Hilfen angewiesen waren. Die Neuausrichtung dieser Beratungsstellen und ihre Konzentration auf die Erstberatung sowie die fehlende psychiatrische Kompetenz führen dazu, dass auch diese Beratungsstellen ein großes Interesse an einer engen Kooperation mit der Gemeindepsychiatrie haben.

Aktuell wissen beide Seiten wenig voneinander. Die Vorstellungen über Arbeitsweise und Angebote sozialpsychiatrischer Einrichtungen sind auf der einen Seite genauso ungenau wie das Wissen um die Möglichkeiten von Migrantberatungsstellen, wie der Migrationserstberatung, der Regionalen Arbeitsstellen Ausländisches Kind, den Integrationsagenturen etc. auf der anderen Seite. Es ist deshalb notwendig, mit diesen Einrichtungen gute Kontakte zu pflegen.

Netzwerkstrukturen entwickeln sich aber nur dann erfolgreich, wenn sie konkreten Nutzen für alle Beteiligten mit sich bringen. Die tragfähigsten Kooperationsstrukturen entstehen dort, wo gemeinsame Hilfen für einzelne Migrantinnen und Migranten oder ihre Familien erbracht werden. Vernetzt sein heißt deshalb auch, dass sich die Hilfe anbietenden Personen persönlich kennen und in Einzelfällen schnell und unkompliziert auf gute Kooperationsstrukturen zurückgreifen können.

6. Qualifizieren Sie Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

In der sozialpsychiatrischen Beratungsarbeit spüren viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund häufig ein größeres Unbehagen, mehr Unsicherheit und zuweilen unterschwellige Aggressionen⁶. Ein Grund dafür liegt in der fundamentalen Verunsicherung der Beteiligten, ob man sich jetzt verstanden hat oder nicht⁷. In diesen Fällen wird leicht eine ethnozentristische Haltung gegenüber den Handlungsmustern der Migrantinnen und Migranten eingenommen. Den Beratenden wird die eigene Kultur zum Maßstab für „richtiges“ Handeln. Kulturelle Unterschiede erscheinen als vorrangiges Problem. Mindestens ebenso wichtig sind aber psychosoziale Umstände, die mit der Migrationssituation einhergehen: Machtassymmetrien, Kollektiverfahrungen, Selbst- und Fremdbilder.⁸

Um die Bedeutung von Sprach- oder Kulturreihen für die Betreuung angemessen einschätzen zu können, benötigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine entsprechende Qualifikation und interkulturelle Kompetenz. Zunächst einmal ist aber festzuhalten, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im sozialpsychiatrischen Feld gut im Umgang mit anderen Kulturen auskennen, wenn man unter „Kultur“ auch die sich in Lebenspraxis ausdrückenden Unterschiede der Deutungs- und Handlungsmuster von unterschiedlichen Berufsgruppen, sozialen

⁶ vgl. Domenig 2006, S. 89

⁷ Vgl. Dreißig 2005, S. 21 ff

⁸ Siehe u.a. Auernheimer 2002

Schichte etc. versteht⁹. Sich als Angehöriger einer bildungsnahen Mittelschicht mit bildungsfernen Unterschichtsangehörigen zu verständigen, gehört zum selbstverständlichen Handwerkszeug aller in sozialen Feldern tätigen Professionellen.

Schulungen zur interkulturellen Kompetenz werden deshalb im ersten Schritt weniger „länderkundliche Informationen“ vermitteln. Vielmehr geht es darum, Unterschiede kennenzulernen, wertzuschätzen und als Ressourcen nutzen zu können. Es muss außerdem darum gehen, wie sich Migrationserfahrungen in den Handlungs- und Deutungsmustern der Migrantinnen und Migranten niederschlagen können, welche Bedeutung es für einen Menschen hat, wenn er einen Bruch in den bis dahin sicheren sozialen Bezügen erlebt oder wie sich das Leben in einer ethnischen Minderheit auf den Alltag und die augenblicklichen sozialen Beziehungen auswirkt.

Migrantinnen und Migranten sind andererseits nicht nur Opfer im Migrationsprozess, sondern entwickeln eigene Strategien, um ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Dazu gehört zum Beispiel, dass viele von ihnen einen spielerischen Umgang mit kulturellen Scripts pflegen, um die eigene Handlungsfreiheit zu vergrößern: dass sie je nach Situation, ohne selbst in moralische Schwierigkeiten zu kommen, zwischen streng traditionellen und modernen Orientierungen „schalten“ können.¹⁰

⁹ Jacobs 1998, S.2, Zum Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Lebenspraxis vgl. Bourdieu 1981

¹⁰ Nicht selten reagieren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter irritiert, wenn Migrantinnen und Migranten sich auf ihre Tradition berufen, wenn es aktuell nützlich ist, um kurz darauf eher moderne „Werte“ zu vertreten und umgekehrt.

Für die Qualifikation von Mitarbeitern bedeutet dies, dass sie die Fähigkeit entwickeln müssen, Unsicherheiten zuzulassen, dass sie sich im Gespräch mit Migrantinnen und Migranten kundig machen können und nicht der Versuchung erliegen, „schnell Bescheid wissen“ zu wollen. Dazu gehört sicher auch, Migrantinnen und Migranten als Experten ihrer selbst anzuerkennen. Zur interkulturellen Kompetenz gehört auch, Klarheit bezüglich der eigenen Position zu gewinnen. In Fällen, in denen z.B. Menschen gefährdet sind, darf nicht Toleranz um jeden Preis geübt werden, sondern muss in aller Professionalität die Sicherheit der beteiligten Personen oberste Priorität haben.

Neben Fortbildungen haben wir gute Erfahrungen mit Lernfallgruppen gemacht. In ihnen besteht die Möglichkeit, auf den Einzelfall bezogen die Bedeutung kultureller Besonderheiten für den Betreuungsprozess zu reflektieren.

Darüber hinaus ist der Bedarf nach spezifischen Informationen über ein kulturspezifisches Krankheitsverständnis, über Bewältigungsformen und mehr Klarheit über relevante Rechtsfragen etc. ernst zu nehmen.

7. Stellen Sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ein!

Das besondere Angebot, das sich mit der Beschäftigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund verbindet, liegt zunächst in der gemeinsamen Muttersprache mit einem Teil ihrer Klientinnen und

Klienten. Je „therapeutischer“¹¹ eine Hilfe ist, desto bedeutsamer ist die Möglichkeit, Erlebtes und Gefühltes „in Sprache“ zu bringen und desto schwieriger wird es, innere Empfindungen in einer anderen Sprache auszudrücken. Menschen, die ohnehin die Sicherheit der Kohärenz des eigenen Erlebens und Fühlens durch ihre seelische Störung verloren haben, müssen die Möglichkeit erhalten, sich kommunikativ auf möglichst sicherem Boden zu bewegen. Das bedeutet, dass ein muttersprachliches Angebot nicht nur für Menschen, die kein oder wenig Deutsch können, nützlich sein kann, sondern für alle, die in ihrer eigenen Muttersprache sicherer und beweglicher sind.

Diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bringen auch Kenntnisse des ethnisch-kulturellen Hintergrundes der eigenen Herkunftsgruppe mit. Sie sind kundiger in Fragen der jeweiligen traditionellen und religiösen Orientierung, in Bezug auf das besondere Krankheitsverständnis und die Handhabung von Beziehungen. Bei der Betreuung und Beratung erleichtert das die Verständigung über den Hilfebedarf und die Lebenssituation der Klientin / des Klienten.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sind aber auch „Betroffene“: Für alle Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund halten sie das besondere Angebot bereit, dass sie die Erfahrung der Migration und des Lebens in einer ethni-

schen Minderheit teilen. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Vertrauenspersonen angesehen werden können. Aus Sicht potenzieller Nutzer ist eine Einrichtung, die Migrantinnen und Migranten beschäftigt, besser auf ihre Bedürfnisse eingestellt und möglicherweise vertrauenswürdiger.

Nutzerinnen und Nutzer mit Migrationshintergrund müssen aber weiter die Möglichkeit haben, Wünsche zur Betreuungsperson äußern zu können. Für viele verbindet sich mit einem deutschstämmigen Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin eine andere Form der Beziehung, ein anderer Umgang mit psychischen Störungen, ggf. eine „moderne“ Einstellung gegenüber Familienbeziehungen. So erhoffen sich junge Migrantinnen und Migranten von deutschen Professionellen manchmal mehr Unterstützung für ein eigenständiges Leben außerhalb ihrer Familien.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sehen sich dagegen sowohl von Betreuten als auch von Angehörigen hohen Loyalitätserwartungen ausgesetzt. Deshalb dürfen auch sie nicht auf die Betreuung von Klienten gleicher Herkunft festgelegt werden. Multikulturelle Teams entwickeln jedoch über den Erfahrungsaustausch in Teamsitzungen, über gemeinsame Fallarbeit und Supervisionen einen großen Zuwachs an interkultureller Kompetenz für alle Teammitglieder.

8. Werben Sie in den Migrantengemeinden für sich!

Unter Migrantinnen und Migranten besteht ein sehr unzureichender Informationsstand über die psychiatrische Versorgung in ihrer Nähe. Nützlich

¹¹ In der Sozialpsychiatrie geht es in der Regel nicht um (Psycho-) Therapie, aber dennoch häufig genug um innerpsychische Vorgänge, z.B. im Rahmen der Entwicklung von Lebenszielen, der Überwindung aktueller Schwierigkeiten, in Kriseninterventionen oder Entwicklung von Möglichkeiten zur Selbststabilisierung.

sind Beschreibungen des Einrichtungsangebotes in verschiedenen Muttersprachen. Auch wenn nicht sofort alle Angebote ausführlich in allen relevanten Sprachen beschrieben werden können, geht von solchen muttersprachlichen Informationen ein wichtiges Signal für die Nutzer aus: Es schafft einen ersten Kontakt, weckt Neugier und vermittelt eine erste Vorstellung des bestehenden Angebotes. All dies sind Maßnahmen, die die Schwelle für die Inanspruchnahme senken können.

Wichtiger als schriftliches Material sind mündlich vorgetragenen Informationen, z.B. in Informationsveranstaltungen. Dabei muss es sowohl um Informationen über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Lebensbewältigung als auch die möglichen psychosozialen und therapeutischen Hilfen gehen.

Informationsveranstaltungen für Migrantinnen und Migranten finden aber nur dann größeres Interesse, wenn zwei Voraussetzungen gegeben sind: Erstens müssen sie an den üblichen Versammlungsorten der jeweiligen Migrantengruppen stattfinden. Zweitens müssen sie möglichst von kompetenten Muttersprachlern durchgeführt werden. Nicht vergessen werden darf dabei, dass die Sprachhürde gerade bei komplexen, fremden Themen besonders hoch ist und dass die Ziel solcher Informationsabende nicht nur Aufklärung, sondern auch die Schaffung von Vertrauen ist. Aus diesem Grunde ist es wichtig, solche Abende sorgfältig vorzubereiten. Dazu gehört wichtige „Gewährsleute“ möglichst eng einzubinden. Günstig ist, wenn diese Multiplikatoren die sozialpsychiatrische Institution als ver-

trauenswürdige und engagierte Einrichtung empfehlen.

9. Setzen Sie Zeichen!

So manche Institution macht sich zu wenig Gedanken über ihre Selbstdarstellung und die Frage, wie sie den Nutzern ihrer Angebote begegnet.

Ein kurzer, mehrsprachiger Begrüßungstext sendet bedeutsame Signale über die Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Menschen, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen: Besucherinnen und Besucher bzw. Hilfesuchende sind willkommen – auch wenn sie einen Migrationshintergrund haben.

Viele Migrantinnen und Migranten haben sicherlich auch schon andere Erfahrung in Institutionen gesammelt – insbesondere wenn eine psychische Erkrankung im Spiel war.

Noch vor dem ersten persönlichen Kontakt mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird durch die mehrsprachige Ansprache deutlich, dass die Einrichtung auf Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt ist und dass eine Sprachhürde nicht als erschwerend für die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angesehen wird, sondern als ein Hindernis, für das eine Lösung gesucht werden muss.

Auch muttersprachliche Gruppenangebote signalisieren eine selbstverständliche Einbindung von Migrantinnen und Migranten in einer Einrichtung. Vor allem praktisch orientierte Angebote sind attraktiv, die eine aktive Beteiligung der Betroffenen ermöglichen. (z.B. Bewegung, Kochen, Spiele). Viele Migranten, insbesondere aber Migrantinnen, haben wenig Kontakte

und leiden unter Einsamkeit und Isolation. So eng soziale Verflechtungen unter den Migrantinnen und Migranten vielfach sein mögen: Häufig bedeutet die psychische Erkrankung auch, sämtliche Kontakte in ihrem Umfeld zu verlieren und in großer Isolation zu leben - ohne die Möglichkeit, sich über Alltagsfragen und Krisen auch außerhalb von Hilfesystemen austauschen zu können. Solche Gruppen erfüllen für sie eine wichtige Funktion.

10. Pflegen Sie das Gespräch!

Die Gestaltung von Gesprächen mit Menschen, die einen Migrationshintergrund haben, stellt besonders hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Unabhängig davon, ob zu einem Gespräch ein Dolmetscher hinzugezogen werden muss oder nicht: die Verständigung über eine Sprachgrenze hinweg braucht Zeit. Zusätzlich spielen Unsicherheiten über den Stellenwert unterschiedlicher kultureller Codes eine große Rolle in der Verständigung und führen zu dem Bedürfnis, dass das gegenseitige Verstehen einander immer wieder bestätigt wird. Daher ist es wichtig, sich für das einzelne Gespräch nicht zu hohe Ziele zu setzen.

Viele Migrantinnen und Migranten pflegen eine kommunikative Tradition, von der sozialpsychiatrische Fachleute lernen können: Sie nehmen sich viel Zeit für die Begrüßung, die Vorstellung der Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer und das Einrichten der Gesprächssituation. Für eine gute Arbeit mit Menschen ist die Pflege der Beziehungen von größter Bedeutung. Diese Zeit ist gut in die Beziehung investiert und nicht verschwendet.

Häufig wird es für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund nötig sein, sich über eine Sprachgren-

ze hinweg zu verstündigen: ein großer Teil der Klientinnen und Klienten bringt eine mehr oder weniger eingeschränkte Sprachkompetenz in der deutschen Sprache mit. Neben den Schwierigkeiten, sich sprachlich angemessen über innerpsychische Vorgänge auszutauschen, treten vielfältige Quellen weiterer Missverständnisse im Gespräch auf:

Verunsicherte Gesprächspartner begnügen sich schnell damit, den anderen zu bestätigen, ohne selbst verstanden zu haben, was dieser sagen wollte. Unklarheiten im Ausdruck verleiten häufig dazu, kulturelle Differenzen anzunehmen.¹² In diesen Gesprächen ist große Sorgfalt geboten, um Verstehen zu ermöglichen und das ohnehin vorhandene Machtgefälle zu verringern.

Gespräche, die mit Hilfe eines Sprachmittlers geführt werden, müssen besonders sorgfältig geplant werden. Sehr problematisch ist es, wenn ein Angehöriger als Dolmetscher eingesetzt wird. Es ist damit zu rechnen, dass Loyalitäten, Familieninteressen und Scham eine große Rolle bei der Übersetzung spielen, ohne dass dies der Gesprächsführende mitbekommt. Die Anliegen, Wünsche oder auch Wahnideen können durch die Übersetzung unsichtbar werden. Aber auch professionelle Dolmetscher und andere Übersetzer müssen sehr gut auf die ungewöhnliche Situation vorbereitet werden, ein Gespräch mit einem psychisch kranken Menschen zu übersetzen. Denn häufig geht es hierbei ja um ver-rückte Inhalte, extreme Gefühle oder belastete Einzelschicksale etc.

¹² vgl. Gün 2007

Es empfiehlt sich deshalb, für Beratungsgespräche mit zentraler Bedeutung „flexible“ Standards¹³ aufzustellen:

1. Die Frage nach der Einbeziehung einer Sprachmittlers muss systematisch gestellt werden und nicht nach dem Gutdünken einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
2. Sozialpsychiatrische Gespräche sind für Sprachmittler eine ungewöhnliche, nicht selten belastende Erfahrung. Deshalb ist eine Vorbereitung auf möglicherweise ungewöhnliche oder belastende Inhalte im Gespräch und die Erwartungen, die mit der Dolmetscheraufgabe verbunden sind, wichtig. Ebenso wichtig ist es, den Dolmetscher am Ende des Gespräches aus seiner Rolle zu entlassen. Beides kann gut in Anwesenheit der Hilfesuchenden geschehen und allen eine größtmögliche Transparenz über die Aufgaben und die Rolle des Dolmetschers geben¹⁴.
3. Die Aufgabe des Sprachmittlers ist es, konsekutiv zu übersetzen: Das bedeutet, dass nach jeweils höchstens drei Sätzen eine möglichst wörtliche Übersetzung erfolgen muss.

¹³ Flexibel, weil zum aktuellen Zeitpunkt weder genügend qualifizierte Dolmetscher zur Verfügung stehen und die Abklärung der Finanzierung zusätzlichen Aufwand bedeutet. In dringenden Fällen z.B. Krisensituationen o.ä. wird man weiter improvisieren müssen. Dennoch scheinen „Standards“ als klare Maßstäbe für die fachlich angemessene Gestaltung notwendig, um minimalen Qualitätskriterien genügen zu können.

¹⁴ Oesterreich empfiehlt, vorab mit dem Dolmetscher zu klären, [...] „dass Unklarheit als Unklarheit, Ambivalenz als Ambivalenz deutlich wird und nicht etwa der Dolmetscher den Klienten auffordert, sich endlich zu entscheiden, was er nun will.“ (Oesterreich 2006, S. 172)

4. Im Gesprächsverlauf neigen fast alle Sprachmittler dazu, zusammenzufassen, zu erklären oder zu interpretieren. Ein gemeinsamer ethnisch-kultureller Hintergrund erschwert eine neutrale Haltung und verführt dazu, sich entweder der Seite der Klientinnen und Klienten oder der Seite des Beratenden stärker verbunden zu fühlen. Wichtig ist daher, den Sprachmittler auf die Bedeutung genauen Übersetzens hinzuweisen und ihn ggf. während des Gespräches daran zu erinnern.
5. Menschen, die als Sprachmittler hinzugezogen werden, müssen beide Sprachen gut beherrschen und sollten die Besonderheiten des sozialpsychiatrischen Feldes kennen.

Für die sozialpsychiatrischen Fachleute gilt: das Gespräch für die Hilfesuchenden und den Dolmetscher in möglichst klaren, kurzen Sätzen gestalten und übersichtlich halten. Außerdem sollte weitgehend auf die eigene Allparteilichkeit und die Neutralität des Dolmetschers geachtet werden. Die Arbeit mit Dolmetschern ist deshalb nicht nur aufwändig, sondern braucht Übung.

Uns scheint es besonders günstig, wenn Beratungsgespräche mit Migrantinnen und Migranten sich an den Konzepten des „open dialog“¹⁵ und der systemischen Therapien¹⁶ ori-

¹⁵ z.B. Seikkula 2006

¹⁶ Oesterreich beschreibt eine Gesprächsführung, [...] „die Zirkularität herstellt zwischen kulturspezifischen Ideen, Bedeutungsgebungen, Regeln und Werthaltungen und die nicht etwa vermeintlich objektive Befunde, Informationen oder Tatsachen erheben will.“ (Oesterreich 2006, S. 172)

entieren. Hier hat die Beratungsperson weniger eine intervenierende oder richtungweisende Rolle, sondern die des „dialogisierenden Moderators“. Angelehnt an diese Konzepte und mit Blick auf die Familienorientierung vieler Migrantinnen und Migranten ist die Einbeziehung der Familien in die Gespräche und eine gemeinsame Entwicklung von Hilfen von großer Bedeutung.

11. Gründen und unterstützen Sie Selbsthilfegruppen!

Die meisten Migrantinnen und Migranten können sich unter dem Begriff „Selbsthilfe“ nichts vorstellen. Zwar gibt es oftmals eine gute Tradition gegenseitiger Unterstützung unter Migrantinnen und Migranten, in den informellen Netzwerken werden jedoch häufig psychiatrische Erkrankungen mit besonders starken Tabus belegt. So findet man oft eine große Besorgnis, dass die eigene Erkrankung oder die eines Familienmitgliedes bekannt werden könnte und das Ansehen der eigenen Familie beschädigt. Die Potenziale gegenseitiger Unterstützung unter Betroffenen nutzbar zu machen, erfordert daher Unterstützung und Begleitung von professioneller Seite.

12. Nutzen Sie die Kompetenzen anderer!

Die Aufgabe der „Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration“ im Rheinland ist es, die sozialpsychiat-

rischen Hilfeanbieter auf verschiedenen Ebenen bei ihrer interkulturellen Ausrichtung zu unterstützen. Neben der Sammlung und (Weiter-)Vermittlung von Fachwissen über das Internet, durch Fortbildungsangebote und durch Vernetzung auf überregionaler Ebene gehört dazu auch das Angebot, Einrichtungen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Fragen beratend zu unterstützen. Zuweilen ist es notwendig, ungewöhnliche Lösungen zu finden. Schließlich ist es unser Auftrag, Impulse zur Entwicklung eines interkulturellen sozialpsychiatrischen Feldes zu geben und daran mitzuwirken, dass eine flächendeckende, qualitativ angemessene Versorgung psychisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund im Rheinland möglich wird.

Kontakt:

Sevgi Firat
SPKoM Duisburg
Psychiatrische Hilfsgemeinschaft
Duisburg gGmbH
0203/5444790
sevgi.firat@phg-du.de

Kontakt:

Martin Vedder
SPKoM Bergisches Land
Psychosozialer Trägerverein
Solingen
0212/22289-49
mve@ptv-solingen.de

Literatur:

Auernheimer, Georg 2002: Interkulturelle Kompetenz - ein neues Element pädagogischer Professionalität? In: ders. (Hg.): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Opladen 2002, S. 183 - 205.

Bourdieu, Pierre 1981: Die feinen Unterschiede. Frankfurt/M.

Domenig, Dagmar 2006: Transkulturelle Kompetenz – Eine Herausforderung für die Pflege. In: Machleidt, Wielant; Samlman, Ramazan; Callies, Iris T. (Hg.) 2006: Sonnenberger Leitlinien. Berlin.

Dreißig, Verena 2005: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld

Gün, Ali Kemal 2007: Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Freiburg i.B.

Machleidt, Wielant 2002: Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 73, S. 1208-1209.

Oesterreich, Cornelia: Kulturelle Wirklichkeitskonstruktionen – Wie man mit und ohne Sprache Wirklichkeiten erfahren, begriffen und verändern kann. In: Machleidt, Wielant; Samlman, Ramazan; Callies, Iris T. (Hg.) 2006: Sonnenberger Leitlinien. Berlin.

Seikkula, Jakko; Olson, Mary O. 2006: Der Ansatz des Offenen Dialogs bei akuter Psychose: Seine Poetik und Mikropolitik'. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. Heft 3, Juli 2006, S. 183 ff.

Statistisches Bundesamt 2006: Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden

Ünal, Arif 2005: „Checkliste für Interkulturalität“ (unveröffentlicht), s. Anhang dieser Broschüre

Entwicklung kultursensibler Rahmenbedingungen und Behandlungsformen in den Rheinischen Kliniken

Priv.-Doz. Dr.(TR) Y. Erim

Einleitung

Entsprechend ihrem wachsenden Bevölkerungsanteil (Birg 2000, Zentrum für Türkeistudien 2008) wenden sich immer mehr Migrantinnen und Migranten hilfesuchend an psychiatrische und psychotherapeutische Institutionen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund liegt noch weit unter dem Niveau der Versorgung von einheimischen Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund begann der Landschaftsverband Rheinland ab 2005 mit einer projektbezogenen Förderung der migrantenspezifischen psychosozialen Versorgung. Ein so genanntes Verbundprojekt wurde von den Rheinischen Kliniken Essen und Köln vorgeschlagen, um Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Versorgung der Migrantinnen und Migranten zu verbessern.

Folgende Ziele wurden definiert:

- Senkung sozialer und kultureller Zugangsschwellen zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung
- Verbesserung der interkulturellen und sprachlichen Kompetenz in der Behandlung psychisch kranker Migrantinnen bzw. Migranten
- Verbesserung zielgruppenspezifischer Information und Ansprache

Bisher wurden Informationen zu bestehenden stationären und ambulanten Versorgungsangeboten für Migrantinnen und Migranten gesammelt, Listen von Dolmetschern erstellt. Fortbildungen zum Thema interkulturelle Kompetenz wurden organisiert und werden als regelmäßige berufsgruppenübergreifende Veranstaltungen etabliert.

Das Projekt versteht sich als ein Projekt des Wissensmanagements. Es geht in erster Linie nicht darum, neues Wissen zu generieren, sondern bestehende Informationen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rheinischen Kliniken besser zugänglich zu machen. Aus diesem Grunde wurden die oben genannten Ergebnisse auf den Intranetseiten der beteiligten Kliniken zur Verfügung gestellt.

Weiteres Ziel des Projektes ist, an den Kliniken neben den diagnostischen Möglichkeiten auch ambulante Therapiemöglichkeiten für Migrantinnen und Migranten zu schaffen, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind. Hierzu wird unser Modell der muttersprachlichen ambulanten Therapiegruppe von Frauen unten dargestellt. Ein Schwerpunkt des Verbundprojekts wird weiterhin die Sensibilisierung und Schulung von allen Berufsgruppen in der Psychiatrie sein. Diesbezüglich haben die Rheinischen Kliniken ein großes Potenzial und sollten Erkenntnisse der einzelnen Abtei-

lungen nicht nur im Rahmen der Kliniken des Landschaftsverbands, sondern auch in Veranstaltungen für externe Teilnehmer deutlicher präsentieren und weitergeben.

Ambulante Gruppenpsychotherapie

Die muttersprachliche Therapiegruppe für türkische Patientinnen wurde in den Rheinischen Kliniken Essen 1997 etabliert. Nach der Einrichtung der muttersprachlichen Diagnostik in unserer Ambulanz wurde bei vielen Patientinnen eine Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung gesehen, jedoch konnten viele wegen fehlender Deutschkenntnisse nicht einer Behandlung zugeführt werden.

Die Gruppentherapie wurde als eine wirtschaftliche Form der Behandlung initiiert. Mit kurzen Pausen und stetigem Wechsel der Therapeutinnen und Therapeuten besteht das gruppentherapeutische Angebot bis heute und stellt für die Patientinnen nicht nur eine Möglichkeit zum Erreichen der psychischen Stabilität, sondern auch eine Hilfe für eine bessere soziale Integration dar.

Die Teilnehmerinnen nehmen zu 60 % an dieser Gruppe teil, weil ihre Deutschkenntnisse nicht ausreichen, um an einer deutschsprachigen Therapie teilzunehmen.

Sie erhoffen sich aber auch ein Verständnis für besondere Probleme, diese sind:

- Beziehung zu Primärfamilien (Schwiegermutterproblematik)
- Autonomie und Abhängigkeitsprobleme

- Umgang mit der eigenen Rolle als Frau
- Ödipale Probleme, Konflikte der Kontrolle versus Unterwerfung
- Umgang mit eigenen Kindern und Jugendlichen
- Triebabwehrprobleme, Über-Ich Probleme

Wissenschaftliche Untersuchungen von türkischsprachigen Migrantinnen und Migranten an den Rheinischen Kliniken Essen

Unabhängig davon, ob Migrantinnen und Migranten in erster Linie schicht- oder migrationsspezifische Probleme wie z.B. Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache formulieren, nimmt ihre „fremde“ Identität einen besonderen Raum in der therapeutischen Beziehung ein. Auf der Seite der Therapeutinnen und Therapeuten ist die Gegenübertragung von „kollektiven“ kultur- und gruppenspezifischen Wahrnehmungen geprägt. Aus diesen Gründen ist es lohnend, die interkulturellen Besonderheiten in der psychosozialen Versorgungssituation in einem spezialisierten Kontext zu betrachten.

Auf eine besondere Art diagnostischer Schwierigkeiten bei Migrantinnen und Migranten geht die Originalausgabe des DSM IV (1994) ein, mit dem Hinweis, dass ein Kliniker, der mit den feinen Unterschieden des kulturellen Umfeldes der Hilfe suchenden Personen nicht vertraut ist, fälschlicherweise normale Spielarten des Verhaltens, Glaubens oder der Wahrnehmung als pathologisch beurteilen könne. Aus unserer Sicht wird es in der psychotherapeutischen Behandlung einer Migrantin und eines Migranten nicht ausreichen, sich mit ihr / ihm sprachlich verständigen zu können. Der Behandelnde sollte sich nicht nur mit der

Migrationsgeschichte der jeweiligen ethnischen Gruppe vertraut machen, sondern auch mit wichtigen soziokulturellen und ethnischen Besonderheiten in der Gestaltung des Lebenszyklus, des Krankheitserlebens und der Familiengründung. McGoldrick (1982) stellt dar, dass ethnische Wertvorstellungen bewusste und unbewusste Prozesse steuern, die das tiefe Verlangen des Individuums nach Identität und historischer Kontinuität erfüllen. Die ethnische Gruppe bestehe aus Personen, die sich aufgrund ihrer gemeinsamen, reellen oder fiktiven Abstammung ähnlich erleben und von Außenstehenden ebenso wahrgenommen werden. Die ethnische Identität werde wie kein anderer Orientierungswert in der Familie vermittelt und präge insbesondere Bereiche wie Familienleben, Partnerfindung, Familiengründung, Lebenszyklus und schließlich das Krankheitserleben.

Das gleiche Lebensereignis kann bei Menschen aus unterschiedlichen Kulturschichten zu unterschiedlichen Reaktionen führen. In interkulturellen Studien konnte belegt werden, dass die kulturelle Wertigkeit eines Lebensereignisses mitbestimmt, ob es als traumatisch erlebt wird. In einer vergleichenden Studie von U.S. amerikanischen und russischen Frauen nach einer Schwangerschaftsunterbrechung wurde festgestellt, dass 14,3 % der amerikanischen und nur 0,9 % der russischen Frauen die Kriterien für eine posttraumatische Stressstörung erfüllten (Rue et al. 2004). Insgesamt wurden amerikanische Frauen durch die Erfahrung der Abtreibung mehr beeinträchtigt als die russischen Frauen.

In einer anderen Untersuchung war für tibetische Flüchtlinge die Beleidi-

gung der religiösen Tempel ein wichtiges traumatisches Erlebnis (Terheggen et al. 2001). Der Zusammenhang zwischen besonderen Traumaereignissen und der Traumafolgestörung in unterschiedlichen Kulturschichten sollte in Präventions- und Interventionsprogrammen berücksichtigt werden.

Eigene wissenschaftliche Untersuchungen an den Rheinischen Kliniken in Essen

Unsere Ergebnisse bisheriger Untersuchungen über die psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten können wir, wie folgt zusammen fassen:

- Die Hypothese, dass Migrantinnen und Migranten psychosoziale Angebote in Institutionen nicht annehmen, trifft nicht zu. Wenn sprachliches und kulturelles Verständnis und interkulturelle Öffnung der Institution z.B. durch muttersprachliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich gemacht wird, nehmen Migrantinnen und Migranten institutionelle Angebote in Anspruch.
- Nach der Installierung solcher Angebote steigt der Anteil der Migrantinnen und Migranten als Patientinnen und Patienten in den Abteilungen und entspricht prozentual ihrem Anteil in der allgemeinen Bevölkerung.
- Die Fragestellung, ob westliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden für die Migrantinnen und Migranten angemessen sind, konnte auch durch zahlreiche erfolgreiche Behandlungen positiv beantwortet werden.

Die Vorkommenshäufigkeit von psychischen Störungen bei Migrantinnen

und Migranten ist noch nicht ausreichend untersucht. Insbesondere fehlen für den bundesdeutschen Raum sowohl Untersuchungen zum Inanspruchnahme-Klientel als auch Repräsentativstichproben von Migrantinnen und Migranten. Dabei wird im Allgemeinen angenommen, dass Migrantinnen und Migranten eine besondere, oft ausgeprägte Form der Symptombardierung aufweisen (Körpersprache, Mittelmeersyndrom etc.).

In aktuellen Untersuchungen befassen wir uns mit der Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen und Traumafolgestörungen bei Migrantinnen und Migranten. Die Klientel unserer türkisch-muttersprachlichen Spezialambulanz ($n = 77$) wurde hinsichtlich der Häufigkeit von Traumata und posttraumatischen Belastungsstörungen mit dem Essener Trauma-Inventar (ETI) und der Sense of Coherence Scale (SOC-29) untersucht. 92,2 % der Patientinnen und Patienten berichteten von mindestens einem traumatischen Ereignis. Schwere Krankheit, Tod oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson sowie ein schwerer Unfall wurden am häufigsten angegeben, gefolgt von maritimen Problemen, d.h. Problemen der ehelichen Beziehung und der Partnerschaft. Bei nahezu der Hälfte der Patientinnen und Patienten (48,1 %) bestand testpsychometrisch der Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD); diese wurde am häufigsten durch maritale Probleme (13,5 %), schwere Krankheit (13,5 %) und Verlust einer wichtigen Bezugsperson (10,8 %) ausgelöst. Verglichen mit der deutschen und der türkischen Normalbevölkerung sowie mit symptom-aufweisenden Deutschen, zeigten die türkeistämmigen Patientinnen und Patienten ein hochsignifikant ($p < .001$) niedrigeres Kohärenzgefühl.

Ein wichtiger nebenbefundlicher Aspekt dieser Untersuchung war, dass 63 % der Migrantinnen und Migranten berichtet haben, dass sie psychotherapeutische Unterstützung wünschen. Diese hohe Therapiemotivation rechtfertigt die Etablierung adäquater Behandlungsangebote für Migrantinnen und Migranten.

In einer anderen Untersuchung befassten wir uns mit der Häufigkeit somatoformer Symptome bei Migrantinnen und Migranten. Somatoforme Symptome sind körperlich erlebte Beschwerden, für die keine medizinischen Ursachen gefunden werden können. Hierzu wurde das Screening für Somatoforme Störungen (SOMS, Rief et al. 1997), ein Messinstrument, in die türkische Sprache übersetzt und seine Einsetzbarkeit und Validität überprüft.

Die türkische Übersetzung des SOMS ist gut verständlich, wurde gut angenommen und hat eine hohe Validität und Reliabilität.

Bei den türkisch-stämmigen Patientinnen und Patienten in unserer Ambulanz kommen depressive Störungen, Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen am häufigsten vor. Im Vergleich zu den deutschen gaben die türkeistämmigen Patientinnen und Patienten signifikant häufiger folgende somatoforme Symptome an: Abdominelle Schmerzen, Schmerzen in Armen und Beinen, Schmerzen beim Wasserlassen, Mundtrockenheit, Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm, Hyperventilation, genitale Missemfindungen, Verlust von Berührungsempfindungen und Kribbelparästhesien.

Die Mittelwerte der türkischen Migrantinstichprobe erreichen bezüg-

lich des Somatisierungs-, des somatoformen und des Beschwerdeindex signifikant höhere Werte, als die der deutschen Patientinnen und Patienten und sind vergleichbar mit deutschen Patientinnen und Patienten mit Somatisierungsstörungen.

Die Ergebnisse unserer Studie bestätigen den klinischen Eindruck, dass türkische Patientinnen und Patienten eine höhere Symptomausprägung bezüglich somatoformer Beschwerden aufweisen.

Um die kulturellen Unterschiede besser herauszuarbeiten, müssten Normwerte anhand von Untersuchungen von Normalstichproben erarbeitet werden.

Diese Gesamtschau macht deutlich, dass mit dem Verbundprojekt, den spezifischen migrationsbezogenen Angeboten und den wissenschaftlichen Untersuchungen Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung und Optimierung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rahmen der Kliniken des Landschaftsverbandes gegeben sind. Die migrationsbezogene Arbeit in den nächsten Jahren legt einen Schwerpunkt auf die Sensibilisierung und Schulung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wird sich mit der Entwicklung von effektiven Behandlungsangeboten für alle ethnischen Migrantengruppen auseinandersetzen. Die interkulturelle Öffnung in den komplementären Einrichtungen ist eine zentrale Säule dieses Projektes und kann nach den gezielten Maßnahmen in den letzten Jahren schon erste Ergebnisse vorweisen, wie andere Beiträge dieser Tagung deutlich machen.

Kontakt:

Priv.-Doz. Dr.(TR) Yesim Erim
Rheinischen Kliniken Essen – Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen
0201/7227-544
yesim.erim@lvr.de

Literatur

Birg H. Perspektiven der Bevölkerungs- und Wanderungsentwicklung mit ihren Chancen und Risiken für den Wirtschafts- und Wohnstandort „Ländlicher Raum“. In: Ländliche Räume in Nordrhein – Westfalen. ILS – Schriften 85, herausgegeben vom Institut für Landes- und Siedlungsentwicklungsforschung (ILS) im Auftrag des Ministers für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen und von der Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Dortmund: 2000: Seite 29

Rief W, Hiller W., Heuser J (1997) Screening für Somatoforme Störungen, Verlag Hans Huber, Bern

Rue VM, Coleman P, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. Med Sci Monit 2004; 10: 5 – 16

Terheggen AM, Stroebe MS, Kleber RJ. Western Conceptualizations and Eastern Experience: a Cross-Cultural Study of Traumatic Stress Reactions among Tibetan Refugees in India. Journal of Traumatic Stress 2001; 14: 391 – 403

Zentrum für Türkeistudien: www.zft-online.de: 8. Mehrthemenbefragung türkischstämmiger Migranten in NRW des Zentrums für Türkeistudien. Zugriffsdatum: 04.09.2008

Diskussion und Fragen anlässlich der Tagung „Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie“

Redaktionell bearbeitet durch Beate Kubny-Lüke

Beate Kubny-Lüke: Vielen Dank Frau Dr. Erim. Sie haben uns über die Arbeit der Rheinischen Kliniken zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten berichtet. Dabei haben wir Erkenntnisse und Forschungsergebnisse kennengelernt und gehört, dass es noch einen großen Forschungs- und Entwicklungsbedarf gibt. Nun haben wir Zeit zur Diskussion und für Fragen an die Referentinnen und Referenten.

Eva van Keuk: Ich möchte mich zunächst ganz herzlich bedanken für die hochspannenden Vorträge, insbesondere den von Frau Dr. Erim. Auch für die Feststellung, dass Psychotherapie sehr gut möglich ist. Ich hab manchmal das Gefühl, dass gerade unter uns Psychotherapeuten eher eine Abwehrhaltung besteht, so dass wir uns erst gar nicht damit auseinander setzen müssen.

Ich habe gestutzt über die Forderung nach Kulturleitfäden und von daher die Frage, die ich an Sie richten möchte. Ich denke, schon die Türkei ist ein riesengroßes Land: Was hat der ostantolische Bauer, der vielleicht ein Analphabet ist, mit der intellektuellen Frau aus Istanbul zu tun. Und auch in anderen Ländern, wie z.B. Togo, hat der Bauer aus dem Norden Togos, der ein Muslim sein kann, mit den Christen, Atheisten oder Intellektuellen aus Lomé nicht viel zu tun.

Ich glaube, dass es eine große Sehnsucht nach Vereinfachung in der Be-

schreibbarkeit von Kulturkreisen gibt. Aber ich glaube, die empirische Forschung, auch gerade im Bereich der Ethnologie und Anthropologie, hat gezeigt, dass es eine große Heterogenität gibt.

Ich denke auch immer wieder, wenn wir über die Migranten sprechen: „Ach Gott, wie definieren wir diese Gruppe und wie viele Menschen meinen wir damit? Und sind es wirklich ‚wir‘ und ‚die anderen‘? Oder sind es einfach alle Menschen, die in Deutschland leben?“

Deswegen würde ich vorschlagen, dass es vielleicht einfacher wäre, die eigene kulturelle Eingebundenheit zu reflektieren, also z.B. wo bin ich besonders rheinländisch, katholisch, evtl. auch privilegiert durch meine weiße Haut oder meine akademische Bildung. Ich denke, dies könnte evtl. zielführender sein.

Meine Frage lautet von daher, inwieweit lassen sich ihre Kulturleitfäden übertragen auf die Heterogenität der so genannten Migranten in Deutschland und was haben Sie für Angebote z.B. für afrikanische Migranten?

Dr. Yesim Erim: Das ist ein Aspekt, der gerade in Deutschland viel diskutiert wird. Ich denke, wir müssen über den konkreten Hintergrund ehrlich sprechen. Wir behandeln Menschen, deren Kultur wir irgendwie kennengelernt haben. Es gibt immer die Möglichkeit und diese Möglichkeit steigt mit dem

Bildungsgrad und der Reflexionsfähigkeit der Patienten, dass ich in der Therapie vom Patienten erfahre, was die Besonderheiten seiner Kultur sind. Wenn ich aber über wichtige Zusammenhänge nicht Bescheid weiß, ist das ein ganz großes Hindernis für die Therapie. Ich habe die neue Auflage des Buches von Frau McGoldrick über Familientherapie gelesen (McGoldrick, 2008) und ich finde, was man sich da traut, sollte man sich auch in Deutschland trauen. Da wird nämlich die einzelne Ethnie beschrieben – und das ist politisch korrekt, denn sie wird von Angehörigen dieser Ethnien selbst beschrieben. Damit hat man auch in Deutschland begonnen, aber mit einer negativen Sichtweise – es gibt viele Autoren, die ihre Kultur im Moment sehr anprangern. Ich denke z.B. an die Soziologin Frau Necla Kelek, die mit ihren Beschreibungen der türkisch-moslemischen Kultur auf Bestsellerlisten steht (Kelek 2005) – möchte hierauf aber jetzt nicht ausführlich eingehen. Aber wenn ich nicht weiß, was eine Hochzeit für eine türkische Familie bedeutet oder Jungfräulichkeit, dann fehlt da etwas. Ich muss darüber etwas wissen.

Ich gebe Ihnen Recht, einen solchen Kulturleitfaden zu schreiben, ist sehr schwierig.

Ich habe eine zeitlang bosnische Frauen behandelt. Da musste ich unheimlich viel lernen. Auch für mich wäre es hilfreich gewesen, eine Zusammenstellung zu haben, mit Hinweisen über deren Kultur und Ethnie. Das ist jetzt alles sehr verkürzt, aber ich bin der Meinung, den Mut sollte man aufbringen und beginnen, ethno-soziokulturelle Zusammenhänge zu beschreiben.

Arif Ünal: Sie haben sicherlich recht, dass die Migranten keine homogene Gruppe darstellen. Allein in der Türkei gibt es sehr viele ethnische und religiöse Gruppierungen. Deswegen muss man jeden Patient verstehen lernen – ich glaube jeder Mensch ist einzigartig und man muss ihn im therapeutischen Setting verstehen lernen.

Darüber hinaus gibt es einen bestimmten kulturellen Überbau – der verschiedenen ethnischen Gruppierungen sehr ähnlich ist. Wir haben sehr viele Patienten aus der Türkei mit armenischem, mit kurdischem oder arabischem Hintergrund. Zwischen diesen Gruppen gibt es sicherlich sehr viele Unterschiede, aber sie haben grundsätzlich, zum Beispiel bezogen auf das Thema Jungfräulichkeit und andere Behandlungsthematiken, sehr viele Gemeinsamkeiten. Man sollte diese kulturellen Muster nicht überbewerten, aber trotzdem den kulturellen Überbau berücksichtigen.

Beate Kubny-Lüke: Also, der kulturelle Leitfaden ist sinnvoll, auch wenn er nicht erspart, den einzelnen Menschen anzuschauen und genau kennenzulernen.

Dr. Friedrich Leidinger: Ich möchte mich der Diskussion mit einigen grundsätzlichen Überlegungen anschließen. Psychiatrie sollte immer bemüht sein, so individuell wie möglich und so differenziert wie nötig vom einzelnen Menschen auszugehen. Die Aufgabe der Psychiatrie ist, das Zusammenleben von Menschen mit psychischen Störungen und anderen Menschen in der Gesellschaft zu erleichtern. Sie hat also eine integrative Aufgabe und dies betrifft natürlich auch die Integration von Zuwanderern. Aber

dann sehen wir, dass bestimmte Gruppen benachteiligt sind.

Ausgehend von der gleichmäßigen Verteilung des Schizophrenierisikos in unserer Bevölkerung haben wir in der Vergangenheit festgestellt, dass in den Sozialpsychiatrischen Zentren Menschen z. B. mit türkischer Staatsangehörigkeit unterrepräsentiert waren. Ihr Anteil entsprach nicht ihrem Anteil an der Wohnbevölkerung. Da muss man sich fragen, woher kommt das oder wo bleiben die jungen schizophrenekranken mit Migrationshintergrund? Warum kommen sie nicht? Wir haben Mitte der 90er-Jahre eine Untersuchung in den Rheinischen Kliniken durchgeführt und festgestellt, dass Patienten mit ausländischer Staatsangehörigkeit deutlich häufiger, als ihr Anteil in der Bevölkerung es erwarten lässt, von PsychKG-Unterbringungen betroffen waren, aber deutlich seltener in einer Tagesklinik anzutreffen waren. Auch da sehen wir Verzerrungen der Inanspruchnahme oder der Art, wie Psychiatrie sich diesen Menschen nähert oder was sie ihnen anbietet.

Das war der Ausgangspunkt für die Überlegungen des Landschaftsverbandes, eine besondere Förderung für diese Gruppe zu starten. Mir scheint es in der Tat hilfreich, schematische Zuordnungen zu machen, um erst einmal Integration zu fördern. Für eine gewisse Zeit wird es wohl notwendig sein, solche ethnischen Zuordnungen zu machen, über das Medium Muttersprache, das für die Psychiatrie wichtig ist, eine Unterscheidung zu treffen, aber letztendlich mit dem Ziel allgemein differenzierter und individueller zu behandeln.

Beate Kubny-Lüke: Da gibt es eine Wortmeldung.

Teilnehmer: Ja, ich möchte zumindest noch mal darauf hinweisen, dass ich finde, das auch ohne diese Konzepte eine gute Arbeit gemacht werden kann. Dass wir über Sprachgrenzen hinweg und ohne eine genaue Kenntnis zu haben von den jeweiligen kulturellen Hintergründen unserer Klienten gute Angebote machen können. Ich fände den Rückschluss fatal, wenn man meinen würde, ohne diese Konzepte, könnte man keine guten Angebote machen. Ich glaube aber auch, dass es die Arbeit mit den Klienten sehr bereichern kann, wenn man sich damit gut auskennt.

Und ich selber mache die Erfahrung, dass die Mitarbeiter in den SPZ einen großen Bedarf nach diesen Informationen haben. Jedoch gibt es auch den Effekt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den SPZ sich ganz schnell für Experten in Migrantenfragen halten, z.B. für Türken. Es ist so eine Tendenz, dass wir ganz schnell glauben Bescheid zu wissen, was jeweils der Einzelne braucht, oder was der vom Hintergrund mitbringt. Oft sind wir nur halb informiert und das ist auch eine Gefahr. Dies muss man meines Erachtens berücksichtigen und sehr genau hinschauen, wie man mit solchen Informationen umgeht.

Sevgi Firat: Kulturleitfäden sind ein wichtiges Thema (siehe hierzu auch die Veröffentlichung von Schroll-Machl 2003), aber wir sprechen ja über interkulturelle Öffnung. Sich kulturell öffnen, d. h. etwas über die anderen Kulturen mitzubekommen, indem man z.B. auch in Gesprächen mit Betroffenen Sensibilität für deren Kultur und das Interesse, etwas über die Kultur zu erfahren, zeigt.

Ich arbeite im Bereich des Betreuten Wohnens und bin hier zuständig für türkisch-sprachige Menschen. Ich habe eine Klientin, die aus Kroatien kommt. Durch die Gespräche, durch meine Sensibilität für ihre Kultur, erfahre ich, welche Gemeinsamkeiten wir haben und dass man sprachliche Begriffe gemeinsam nutzt. Das war für mich eine Erfahrung, die mir gezeigt hat, dass es wichtig ist, von beiden Seiten offen zu sein und sich gegenseitig zuzuhören und auch mal aufzuhorchen (...).

Ich hab mich mal mit Kulturstandards auseinander gesetzt und ich denke, vieles kann man nicht verallgemeinern, weil es von den einzelnen Personen abhängt und wie diese sich selbst definieren.

Dass ich eine türkische Herkunft habe, heißt nicht, dass ich nicht pünktlich bin – im Gegenteil, ich bin sogar sehr pünktlich, was andere nicht verstehen können. Ich weiß nicht, ob ich das aus der deutschen Kultur übernommen habe oder ob das seit meiner Kindheit so ist.

Dr. Yesim Erim: Ich möchte jetzt nicht, dass wir an dieser Debatte hängen bleiben, aber die Debatte hat ja schon einen Hintergrund. Ich würde niemals denken, wir machen einen Leitfaden und reduzieren die Menschen auf das, was im Leitfaden steht. Es geht eher darum, dass wir die Wissenserweiterung, die notwendig ist, hierdurch deutlich machen können.

Als ich mit dieser Arbeit begonnen habe, habe ich das eben erwähnte Buch von McGoldrick et al. (2005) gelesen. Da sind ungefähr 20 Ethnien beschrieben und zwar von Personen, die aus dieser Ethnie stammen. Da wird nicht

gesagt, so sind diese Menschen, sondern: so sind wir.

In diesem Buch werden Ethnien vor ihren geschichtlichen Hintergründen beschrieben, z.B. die Vietnamesen, die ein Volk sind, das eine ganz besondere Widerstandsfähigkeit hat, weil es viele lange Kriege geführt hat und sich unabhängig von politischen und sozialen Bedingungen niemals unterwerfen würde. Solche Hintergründe, die gehören für mich auch in einen psychosozialen Leitfaden.

Bei russisch-stämmigen Migranten muss ich etwas über die Geschichte der Deutschrussen wissen: wie sie von Deutschland nach Russland gekommen sind, dann im 2. Weltkrieg nach Kasachstan umgesiedelt sind und heute wieder nach Deutschland kommen. Ich muss die Geschichte einer Ethnie kennen und sie berücksichtigen, wenn ich mit den Einzelnen spreche. Aber ich möchte die Einzelnen nicht darauf reduzieren. Auf gar keinen Fall.

Beate Kubny-Lüke: In der Diskussion ist sehr deutlich geworden, dass interkulturelle Leitfäden auch die Befürchtung wecken, sie könnten etwas Einengendes oder Reduzierendes sein. Frau Firat, Sie haben betont, dass es bei Interkulturalität darum geht, das Bewusstsein und die Wahrnehmung zu öffnen und sich Informationen und Kenntnis zu verschaffen.

Mir ist noch einmal klar geworden, dass Interkulturalität vor allen Dingen eine Haltung ist. Und eine Haltung hat wahrscheinlich immer etwas mit Fragen und Zuhören zu tun. Und weniger mit bereits vorgefertigten Antworten. Insofern sind die kritischen Bemerkungen an die SPZ, die eben hier auch

gemacht wurden wichtige Anmerkungen.

(...)

Frau Scharf: Ich arbeite im SPZ in Köln und habe eine ganz praktische Frage. Die Arbeit mit den Dolmetschern, wie finanziert sich das bei Ihnen?

Dr. Friedrich Leidinger: In den Krankenhäusern gehört dies zu der Leistung des Krankenhauses dazu. Das ist völlig klar. Das Krankenhaus bekommt Geld von der Krankenkasse, um alles das zu tun, was erforderlich ist, die Erkrankung zu erkennen und die Erkrankung zu behandeln. Vielleicht kann mir jemand erklären, wie ich bei einem Menschen, mit dem ich mich sprachlich nicht verständigen kann, eine psychische Störung feststellen soll, geschweige denn, wie ich sie behandeln soll. Also ist eine qualifizierte Übersetzung erforderlich. Es gehört zum Ermessen des Arztes oder der Ärztin, wie sie damit umgehen. Wenn sie nicht wie in der Kölner Klinik einen entsprechenden, z. B. türkisch sprechenden Psychotherapeuten haben, dann müssen sie einen türkischen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin besorgen. Das muss mit über den Pflegesatz bezahlt werden bzw. im somatischen Haus über die Fallpauschale.

Beate Kubny-Lüke: Gut, jetzt haben wir eine klare Aussage zur Situation im Krankenhaus. Herr Vedder sagt uns jetzt noch etwas zur Situation in der Gemeindepsychiatrie, die ja wahrscheinlich auch viele hier insbesondere interessiert.

Martin Vedder: Ja, wir sind alle erst einmal vor dem Mikrophon geflüchtet, weil eine Antwort darauf nicht ganz

einfach ist. Aber vielleicht kann ich Ihnen ein paar Hinweise geben, wie wir es bereits machen. Bei uns in der Einrichtung habe ich jetzt durchsetzen können, dass es einen sehr bescheidenen Topf für Dolmetscher-Einsätze gibt. Für Notfälle, in denen man nicht so genau weiß, wie man mit dem Menschen umgehen kann oder wie eine andere Finanzierung möglich wird. Das ist ein Hinweis, dass so etwas, auch in einem kleineren Rahmen, etablierbar ist.

Eine andere Möglichkeit ist es, Dolmetscherdienste in Anspruch zu nehmen, die es in verschiedenen Städten bereits gibt - mit mehr oder weniger gut qualifizierten Menschen, die Dolmetscherarbeiten häufig gegen geringes Honorar machen.

Ich glaube allerdings, es ist auch unser Job, dass diese Dolmetscher gut qualifiziert sind. Dass man eine Idee hat, wen man in die Dolmetscherarbeit einbeziehen kann. Jeder eignet sich dazu nicht. Professionelle Dolmetscher wird es kaum geben, die man in diesem Kreis dann nutzen kann. Ein anderes Beispiel zu diesem Thema: Eine Klientin von uns, die aus Ruanda kommt, wurde von einem Sprachmittler aus ihrem Land sehr unterstützt. Er hat sich dann aber zurück gezogen, weil ihm das auf ehrenamtlicher Basis zu viel wurde. Der Rahmen des persönlichen Budgets kann hier geeignet sein, so etwas zu finanzieren. Der Sprachmittler hat hier viel konkrete Alltagsunterstützungsarbeit geleistet und wir ergänzen seine Hilfen für diese Frau, indem wir fachlich gemeinsame Gespräche über ihre psychischen Stabilisierungsmöglichkeiten führen.

Also auch solche Möglichkeiten gibt es, man ist aber bestimmt hier auch auf Experimentierfreude angewiesen.

Beate Kubny-Lüke: Herr Vedder, das ist ein sehr interessanter Hinweis. Herr Dr. Leidinger möchte etwas zum Thema sagen.

Dr. Friedrich Leidinger: Eine kurze Ergänzung dazu, wie man an Dolmetscher kommt. Im Rahmen des Verbundprojektes der Kliniken zur besseren Integration von Menschen mit Migrationshintergrund haben wir begonnen, eine Liste von Dolmetschern zu erstellen, die sowohl örtlich verfügbar sind oder auch für bestimmte Spezialaufgaben zur Verfügung stehen, wie z.B. Dolmetscher für spezielle Sprachen, die selten gesprochen werden. Diese Liste steht zunächst unseren Kliniken im Rahmen des Intranets zur Verfügung, aber wir haben auch vereinbart, diese den SPKoM zur Verfügung zu stellen, so dass diese Liste auch gemeinsam ergänzt werden kann.

Natürlich könnte ich mir von jedem Landgericht die Liste der vereidigten Dolmetscher geben lassen, uns interessieren jedoch vor allem Dolmetscher, die eine besondere psychosoziale Kompetenz haben und bei denen wir auf die Erfahrung der Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken zurück greifen können, z.B. dass es gut geklappt hat beim Dolmetschereinsatz. Das findet man jetzt im Intranet unserer Kliniken. Hier befindet sich viel im Aufbau, das wird sich sicherlich in den nächsten Jahren weiter entwickeln und dann flächendeckend vorhanden sein.

Das Zweite, worauf ich hinweisen möchte, ist ein EU-Projekt, das im vergangenen Jahr abgeschlossen

wurde, aber das jetzt in anderer Form weiter läuft, nämlich die Ausbildung von Sprach- und Kulturmittlern (Sprakum). Es gibt einige davon, die sich mittlerweile im Rheinland tummeln, und das ist ein sehr interessantes Projekt. Da wurden Migrantinnen und Migranten, nämlich Flüchtlinge – überwiegend Menschen ohne sicheren Aufenthaltsstatus, also Geduldete – fortgebildet, um im Sozialbereich oder in Krankenhäusern als Sprach- und Kulturmittler aufzutreten. Wir haben erste Erfahrungen in den Kliniken gesammelt oder – so wie ich weiß – im SPZ Solingen. Es gibt Überlegungen, Vermittlungsstellen für Sprach- und Kulturmittler zu schaffen, damit man diese im Bedarfsfalle anfordern kann. Das ist eine Idee, die zurzeit in der Entwicklung ist.

Beate Kubny-Lüke: Ja, vielen Dank. Ich habe gerade gesehen, es gibt noch eine Wortmeldung.

Eva van Keuk: Ich möchte noch etwas zum Thema Kooperation sagen. Zum einen gibt es ja ausgebildete Sprach- und Kulturmittler, zum anderen gibt es die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Köln, Düsseldorf und auch in Aachen. Hier arbeiten sehr kompetente Fachkräfte für den Bereich „Dolmetschen in der Psychotherapie“. Wir müssen jedoch immer aufpassen, nicht vorschnell zu denken, nur weil Menschen die gleiche Sprache sprechen, würden sie sich prima verstehen. Wenn z.B. zwei Tamilen, die aus einem Land kommen, in dem der Bürgerkrieg tobt, voneinander nichts wissen, kann das zu großen Schwierigkeiten führen. Da steht dann immer die Frage der Zugehörigkeit zu den politischen Organisationen im Raum. Bei einem Klienten, der sich z.B. stark mit den Tamil Tigers identifiziert, setze ich

besser keinen Dolmetscher ein, der von dieser Organisation bedroht worden ist.

Die Psychosozialen Zentren sind bestimmt gerne bereit, qualifizierte Dolmetscher zu vermitteln. Da aber in Einzelanfragen immer tätig zu werden, würde unser kleines Sekretariat wahrscheinlich überfordern. Aber einfach aus den qualifizierten Dolmetschern eine Liste zusammen zu stellen und dann dem Landschaftsverband zur Verfügung zu stellen, das würde ganz bestimmt gehen.

Ich würde gerne noch eine kleine Frage anfügen. Unser Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf hat in der letzten Zeit vermehrt Kontakte mit den Rheinischen Kliniken in Zusammenhang mit der interkulturellen Kompetenzvermittlung, interkulturellen Schulung usw. Einerseits bin ich ganz begeistert von den Fortschritten der letzten Jahre, gleichzeitig ergeben sich aber auch widersprüchliche Eindrücke. Vor zwei Wochen passierte Folgendes in einer Rheinischen Klinik, als wir eine Klientin aus Nigeria mit einer akuten Suizidgefährdung einweisen mussten. Da gab es so eine klassische Fehlbeurteilung. Diese Klientin aus Nigeria sagte, die Ahnen würden ihr sagen, sie solle zu ihnen kommen. Das war der einzige Hinweis, der aber von ärztlicher Seite sofort in Richtung Schizophrenie eingeordnet wurde. Ansonsten gab es keinerlei Symptome, die auf eine Schizophrenie hingedeutet hätten, weder formalgedanklich, noch vom Antrieb, noch sonstige Auffälligkeiten, sondern nur diese inhaltliche Erwähnung. Dieses: „Ich hörte die Stimmen meiner Ahnen und sie baten, ich solle zu ihnen kommen“, bewirkte bereits eine Schizophreniediagnose.

Es war zwar mühsam, aber mit viel Kooperation konnten wir dies abfangen und die Behandlung der Klientin wurde dann mit der Diagnose einer depressiven Dekompensation behandelt.

Von daher eine konkrete praktische Frage: Wäre es nicht möglich, dass alle Ärzte, wenigstens in einer Tagesfortbildung, sich einmal im Jahr Grundlagen in interkultureller Kompetenz aneignen könnten? Auf den Stationen findet man sehr gut geschultes Personal, in der Dienstleistung, in der Pflege, in der Sozialarbeit oder in der Seelsorge. Wenn aber diejenigen, die für die Diagnose zuständig sind, eine andere Meinung haben, dann wird es für dieses interkulturell fortgebildete Personal schwierig, ihre Kompetenzen einzusetzen.

Dr. Yesim Erim: Wir machen seit 1997 diese Schulungsarbeit bei den Studenten. Und in der Klinik bieten wir sie auch an. Die einzelnen Mitarbeiter werden nicht dazu verpflichtet, wobei ich nicht weiß, ob dies bei diesem Thema erforderlich und gut wäre. Es finden regelmäßige Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz statt, teilweise in Kooperation mit anderen Anbietern. Ob es nun günstig wäre, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu zu verpflichten, dass müsste man nochmal diskutieren.

Beate Kubny-Lüke: Es wurde heute versucht darzustellen, was alles getan wird in den Rheinischen Kliniken und mithilfe der SPKoM. Nichtsdestotrotz ist noch längst nicht alles getan, sondern es findet ein Prozess statt - ein Prozess, der wahrscheinlich auch nie abgeschlossen sein wird. Bei dem man keinen Schlusspunkt setzen kann,

wenn alle die interkulturelle Kompetenz erreicht haben.

Da wurde eben eine Situation beschrieben, die auch wirklich nicht gut tragbar für die Patientin ist. Nichtsdestotrotz wird es wahrscheinlich diese Situationen immer wieder geben, denn wir befinden uns auf einem Weg.

Herr Ünal, Sie möchten noch etwas sagen.

Arif Ünal: Ich glaube mit Übersetzern zu arbeiten ist ein schwieriges Thema. Wir müssen auch im Rahmen der SPKoM darüber diskutieren, bevor wir bestimmte Empfehlungen machen können.

Aber was Herr Dr. Leidinger zum klinischen Bereich sagte, ist zwar sicherlich theoretisch richtig, aber in der Realität sieht es ganz anders aus. In der Realität wissen wir, dass die Kliniken die Sprachprobleme in erster Linie mit Händen und Füßen zu beseitigen versuchen. Dann gibt es die Familienangehörigen, die einbezogen werden. Ich denke, in bestimmten Bereichen ist es ein Kunstfehler die Familienangehörigen einzusetzen. Dann gibt es auch fachfremde Personen in der Klinik, die zufällig da sind und diese Sprache sprechen, von denen wir überhaupt nicht wissen, was sie übersetzen, wie sie übersetzen. Es gibt sicherlich in vielen Einrichtungen Einzelerfahrungen mit professionellen Dolmetschern, die sehr positiv waren – aber nicht immer ist das so. Wir müssen grundsätzlich Nach- und Vorteile bedenken und dann ein Konzept entwickeln. Noch etwas zum Thema Fort- und Weiterbildung, die es in vielen Institutionen gibt. Wir vom SPKoM Köln – das Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten Köln machen im Jahr

ca. 17 Fort- und Weiterbildungen in den Kliniken, in den Sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Das ist natürlich nicht flächendeckend. Es gibt aber auch viele andere Einrichtungen, die Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich anbieten. Das Interesse ist größer geworden, aber wir können leider nicht jeden Mitarbeiter damit erreichen. Es ist dringend notwendig für die gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, das Thema im Rahmen ihres internen Fort- und Weiterbildungsprogramms zu thematisieren. Das ist die einzige Möglichkeit, denn ich finde Zwangsfortbildungen sollten wir nicht machen.

Beate Kubny-Lüke: Ja, wie Herr Ünal bereits sagte: das Interesse am Thema Interkulturalität in der Gemeindepsychiatrie ist größer geworden. Es scheint wirklich groß zu sein, das zeigt diese Tagung, die sehr gut besucht ist. Es haben sich ungefähr doppelt so viele Teilnehmer angemeldet, als wir im Vorfeld bei der Planung gedacht haben.

Ein Blick auf die Uhr zeigt mir, dass jetzt der richtige Zeitpunkt ist, ein Schlusswort zu sprechen. Das interkulturelle Mittagsbuffet wartet vor der Tür bereits auf uns.

Ich bedanke mich bei allen Referentinnen und Referenten. Ich bedanke mich vor allem auch noch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SPKoM, die bei der Planung der Tagung und auch bei der Durchführung sehr engagiert mitgewirkt haben. Auch den Mitarbeitern hier aus dem Haus sei gedankt, Herrn Göddertz, Frau Güncan, Frau Grollius, Herr Blücher und Frau Krämer, die die Durchführung mit begleitet haben. Insbesondere einen herzlichen Dank an Frau Elmas, der

ich jetzt auch Blumen als Zeichen unserer Freude überreiche, dass Sie hierher gekommen ist und uns unterstützt hat.

Und dann wünsche ich allen Guten Appetit.

Literatur:

McGoldrick M, JGiordano J, Garcia-Preto N (Editor). *Ethnicity and Family Therapy*, Third Edition, New York: Guilford Press 2005

Kelek N. *Die fremde Braut*, Köln: Kiepenheuer und Witsch 2005

Schroll-Machl S. *Die Deutschen – Wir Deutsche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2003

Anhang I – IX

Anhang I	Arbeitshilfe Migration und Psychiatrie: - Checklisten zur regionalen Bestandsaufnahme der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund	50
Anhang II	Checkliste für Interkulturalität	57
Anhang III	Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen in Deutschland	60
Anhang IV	Migration und Psychiatrie" Arbeitshilfe zur Bestandsaufnahme der regionalen Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund	63
Anhang V:	Literatur Literatur zu Gesundheitsfragen der MigrantInnen Literatur zu Schwerpunkt behinderter MigrantInnen	77 86
Anhang VI	Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration im Rheinland	88
Anhang VII	Ambulante Therapieangebote der LVR-Kliniken für Migrantinnen und Migranten	90
Anhang VIII	Auswertung der Befragung des Arbeitskreises zu migrationsspezifi- schen Angeboten in der Gemeindepsychiatrie (Schwerpunkt SPZ)	100
Anhang IX	Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in der Gemeindepsychiatrie – Schwerpunkt SPKoM	109



Anhang I: Arbeitshilfe Migration und Psychiatrie: Checklisten zur regionalen Bestandsaufnahme der Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund

- Abgestimmt auf dem FAK Sozialpsychiatrie am 30.08.2005 –

Veröffentlichung mit freundlicher Erlaubnis der Fachberatung Sozialpsychiatrie des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes NRW

E i n l e i t u n g

Arbeitsgruppe Psychiatrie und Migration

Als gemeindepsychiatrische Einrichtungen haben wir in der Regel die Versorgungsverantwortung für eine bestimmte Region übernommen. Nehmen wir diese Verantwortung ernst, so bezieht sie sich auf alle Menschen dieser Region, unabhängig von der Art und Schwere ihrer Erkrankung und ebenso unabhängig auch von ihrer Herkunft und Nationalität. Aus diesem Grunde obliegt uns auch die fach- und bedarfsgerechte Beratung und Betreuung von psychisch erkrankten Migranten.

Insgesamt stehen wir vor der Aufgabe, uns mit einem für uns ungewohntem Thema auseinander zu setzen: Der Beratung und Betreuung von psychisch erkrankten Migrantinnen und Migranten.

Nicht zielführend ist hierbei ein weit verbreiteter Ansatz, der eine Offenheit gegenüber allen psychisch erkrankten Menschen egal ob deutscher oder ausländischer Herkunft postuliert, ohne auch nur ansatzweise eine fachgerechte Beratung bieten zu können.

Diese sog. Beta-Haltung verleugnet real existierende Unterschiede zwischen verschiedenen Ethnien und birgt daher die Gefahr, dass wir unsere eigenen Vorstellungen für universell halten. Ganz subtil drücken wir damit unsere Vorgaben und Werte allen Anderen auf. Für ebenso falsch halten wir eine Haltung, die Unterschiede

überbetont und sie für unüberbrückbar hält (Alpha-Haltung)¹⁷.

Der Paritätische hat dieses Problem erkannt. Ausgehend von einer Diskussion im Arbeitskreis Sozialpsychiatrie wurde eine kleine Arbeitsgruppe zu diesem Thema gegründet. Ein Ergebnis dieser Arbeitsgruppe ist die vorliegende Arbeitshilfe.

In der Diskussion im Arbeitskreis stellte sich schnell heraus, dass die regionale Verteilung der einzelnen Ethnien unterschiedlich ist. Die Einstellung von muttersprachlichem Fachpersonal ist daher nur in wenigen Fällen möglich. Andererseits ist jedoch die Sensibilisierung und fachliche Qualifizierung des vorhandenen Personals für eine qualifizierte interkulturelle Arbeit unumgänglich.

Räumliche Verteilung der Migranten

Die Verteilung der Migranten auf die einzelnen Städte und Kommunen ist hingegen recht unterschiedlich. Im Osten Deutschlands ist die Zahl der Migranten generell niedriger. In den Großstädten und Ballungsgebieten ist sie in der Regel höher als in ländlichen Regionen. Hier gibt es häufig auf Grund eines in den letzten Jahren verstärkt zu beobachtenden Segregationsprozesses Ballungen von einzelnen Ethnien in bestimmten Stadtteilen. Liegt der durchschnittliche Anteil der Migranten in diesen Ballungsgebieten bei 10 – 20 Prozent, so wohnen in einzelnen Quartieren nicht selten 30 Prozent oder mehr Migranten.

Unterschiedliche Gründe für Migration/Unterschiedliche Gruppen von Migranten

Spätestens seit den Diskussionen der jüngeren Vergangenheit wissen wir: Deutschland ist ein Einwanderungsland.

Dabei gibt es jedoch sehr unterschiedliche Formen von Migration und demzufolge auch völlig unterschiedliche Gruppen von Migranten. Der Fokus liegt in der Regel auf den „klassischen“ Migranten, den ehemaligen „Gastarbeitern“ und ihren Familienangehörigen, die in den 60er und 70er Jahren als Arbeitsmigranten nach Deutschland „gerufen“ wurden. Daneben gibt es jedoch auch die politisch verfolgten Menschen, die ihre Heimat auf Grund von Verfolgung verlassen mussten sowie die Kriegsflüchtlinge und sonstigen Flüchtlinge, die ihre Heimat wegen (Bürger-)Kriegen oder aus wirtschaftlichen Gründen verlassen mussten. Eine weitere Gruppe, die nicht in die offizielle Statistik Eingang finden, sind die sog. Spätaussiedler. Rechnet man alle diese unterschiedlichen Gruppen zusammen, so leben in Deutschland zz. über 12 Millionen Menschen mit einem unmittelbaren Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Anteil von ca. 15 Prozent. Ihnen allen gemeinsam ist die unmittelbare Erfahrung der Migration. Sie alle haben ihre Heimat verlassen (müssen) und sich in Deutschland (zumindest vorübergehend) niedergelassen.

17 Dr. Mehmet Toker: Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Rheinland – Eine Bestandsaufnahme, aus: Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung der des Gesundheitszentrums für Migranten Köln, der Psychiatrischen Hilfsgemeinschaft Duisburg und des Landschaftsverbandes Reinland am 6. November in Köln

Auswirkungen der Migrationsgründe auf die psychische Befindlichkeit

Die Frage, ob ein Mensch „freiwillig“ sein Land verlässt, weil er beispielsweise eine Arbeit in einem anderen Land annimmt, ob er auf Grund von (Bürger-) Kriegen sein Land verlässt oder ob er auf Grund seiner ethnischen, politischen oder religiösen Zugehörigkeit sein Land verlassen muss, haben natürlich ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf seine psychische Situation. Während der eine mit positiven Perspektiven und einer positiven Erwartung in ein neues Land wandert, werden andere auf Grund der Umstände zum Verlassen ihres Heimatlandes gezwungen.

Auswirkungen des Aufenthaltsstatus auf die psychische Befindlichkeit

Die unterschiedlichen Formen der Migration haben in der Regel Auswirkungen auf den jeweiligen Aufenthaltsstatus der betroffenen Menschen. So werden die Spätausiedler de jure als deutsche Staatsbürger betrachtet und finden daher keinen Eingang in die Statistiken über Migration. Wohingegen ein Großteil der Flüchtlinge nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis haben und auf Grund der restriktiven Praxis immer mit ihrer Abschiebung rechnen müssen. Dies gilt in weit größerem Maße noch für die illegalen Flüchtlinge und Einwanderer, die bei ihrer Ergreifung sofort ausgewiesen werden.

Gleichfalls einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben darüber hinaus auch die Heiratsmigranten sowie nachgezogene Familienangehörige von Migranten.

Der Aufenthaltsstatus hat darüber hinaus jedoch einerseits häufig einen direkten Einfluss auf die psychische Befindlichkeit und erschwert andererseits eine adäquate Behandlung. So werden manche Leistungen nicht bewilligt oder müssen beispielsweise auf Grund der Abschiebung abrupt abgebrochen werden.

Der Migrationsprozess

Ebenfalls von Bedeutung ist der gesamte Prozess der Migration selber. Dabei ist der Wechsel von einer Gesellschaft in die andere nur ein Teil eines länger andauernden Prozesses. Dieser Prozess fängt mit den ersten Überlegungen zur Notwendigkeit der Migration an und endet häufig erst lange Zeit nach der Migration in das Aufnahmeland.

So unterschiedlich und individuell die Gründe und Motive für die Migration sind, so verschiedenartig sind auch die jeweiligen Migrationsprozesse. Die Situation ist durch die Erfahrungen von Abschied, Trennung und Verlust immer wieder hochgradig emotional aufgeladen. Darüber hinaus sind die Betroffenen immer wieder einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt, die häufig als stressbeladen empfunden werden. Die spezielle Verletzlichkeit (Vulnerabilität) der Menschen ist daher häufig während des Prozesses, wie bei anderen Wendepunkten im Leben eines Menschen, erhöht.

Psychische Erkrankungen bei Migranten

Ähnlich wie bei der übrigen Bevölkerung gibt es auch bei den Migranten Menschen mit psychischen Problemen. Derzeit gibt es jedoch keine gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Migranten. Der überwiegende Teil übersteht dabei die mit der Migration verbundenen Belastungen und den Stress relativ unbeschadet. Vielmehr scheinen manche Menschen im Sinne der Salutogenese im Prozess der Migration persönlich zu wachsen und völlig neue Ressourcen freizusetzen. Insgesamt ist jedoch zu erwähnen, dass die belastenden Faktoren im Rahmen der Migration die Entstehung psychischer Störungen eher begünstigen.

Bei der Verteilung einzelner Störungen gibt es jedoch Unterschiede. Hierfür scheinen vor allen Dingen kulturspezifische Faktoren ausschlaggebend zu sein.

Nutzung des Gesundheitssystems durch Migranten

Die Nutzung des Gesundheitssystems durch Migranten ist in allen Bereichen, besonders jedoch im präventiven und kurativen Bereich, deutlich geringer als das der vergleichbaren deutschen Bevölkerungsgruppe. Dies liegt jedoch nicht daran, dass Migranten gesünder wären. Zugangsbarrieren, Kommunikationsschwierigkeiten, unterschiedliche Krankheitsverständnis oder sozialer Status unterschiedlichster Art sind nur einige Gründe dafür.

So finden sich auch im Gesundheitsbereich genügend Beispiele für eine Ignoranz bis hin zur Stigmatisierung 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 in den Anamnesebögen behandelnder Ärzte zu finden waren.

Auch die Angst vor einer möglichen Ausweisung oder Abschiebung schreckten viele Migranten davor ab, Einrichtung des Gesundheitssystems aufzusuchen. Darüber hinaus verhindern insbesondere auch Informationsdefizite über das vorhandene Gesundheitssystem eine adäquate Insanspruchnahme. Daher ist es wichtig darüber zu informieren, dass die Betroffenen sich auf Grund einer psychischen Erkrankung keine Sorgen um ihren ausländerrechtlichen Status zu machen brauchen.

Migranten in der (sozial-)psychiatrischen Arbeit

Seit einigen Jahren sind wir auch in der sozialpsychiatrischen Arbeit häufiger mit hilfesuchenden Migranten mit psychischen Problemen konfrontiert. Die soziale Hilfesysteme, ebenso wie die (sozial-) psychiatrischen Institution, haben jedoch in der überwiegenden Zahl keine Konzepte, um dieser „neuen“ Gruppe von Hilfesuchenden Menschen eine adäquate Beratung, Betreuung oder Behandlung zu kommen zu lassen.

Dies führt nicht selten dazu, dass die Betroffenen entweder gar nicht beraten werden, das Diagnosen auf Grund der sprachlichen und kulturellen Unterschiede falsch

gestellt und das Migranten in Krankenhäusern oder bei den niedergelassenen Neurologen und Psychiatern in der Regel häufig deutlich höher dosiert mit Medikamenten/Psychopharmaka behandelt werden.

Auch die Erbringer sozialpsychiatrischen Hilfen stehen den neuen Anforderungen zum Teil eher hilflos gegenüber. Außer dem Lippenbekenntnis, das wir bei der Erbringung unserer Leistungen keinen Unterschied zwischen Deutschen und Migranten machen, gibt es bisher nur wenige Ansätze einer quantitativen und qualitativen Verbesserung der Versorgungssituation.

Hilfebedarfe der Migranten

Trotz der beschriebenen Zugangsbarrieren ist der Bedarf an psychosozialen Hilfen nach wie vor hoch. Die verschiedensten Projekte im Bereich der gesundheitlichen Versorgungen hatten stets ein Gemeinsames: Wenn es ein Angebot für Migranten gab, so wurde es auch genutzt. In der Regel wurden die Angebote schon nach vergleichsweise geringer Zeit so intensiv genutzt, dass die Nachfrage das Angebot deutlich überstieg. Entgegen der landläufigen Annahme einer hohen familiären Unterstützung steigt der Bedarf professioneller Hilfen bei Migranten in den letzten Jahren stetig an.

Gleichzeitig ist jedoch festzustellen, dass die Versorgung in allen Bereichen stark defizitär ist. Weder im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung, noch bei den niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern oder den niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und auch nicht im Bereich der sozialpsychiatrischen Einrichtungen gibt es entsprechend qualifiziertes (muttersprachliches) Fachpersonal, das den betroffenen Menschen ein adäquates Angebote zu bieten hätte.

Interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Öffnung

Eine zentrale Forderung ist die Förderung der Entwicklung interkultureller Kompetenz der Institutionen und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Hegemann beschreibt die Anforderungen an interkulturelle Kompetenz folgendermaßen:

„Es handelt sich ganz einfach um die Fähigkeit, mit Menschen eines fremden kulturellen Hintergrundes kommunizieren zu können, dazu gehört:

- Sich über den kulturellen Hintergrund anderer kundig machen zu können,
- sich über den kulturellen Hintergrund des eigenen Handelns klarer zu werden,
- sich der Relativität von Werten bewusst zu sein,
- Stereotypen nicht zu erliegen,
- 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.“

Ganz konkret heißt dies, dass es wichtig ist sich mit seinem Gegenüber und dessen Kultur auseinander zu setzen und sich über die Verhaltensnormen, wie beispielsweise Begrüßungsrituale oder Fest- und Feiertage anderer Kulturen zu informieren und sie zu respektieren. In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig Offenheit, Interesse, Neugierde und Empathie zu zeigen.

An dieser Stelle sei noch einmal betont, dass interkulturelle Öffnung eine Führungs-aufgabe ist. Die Leitungsebenen und -gremien sind in besonderem Maße angesprochen und für die Umsetzung der Öffnung verantwortlich. Sie muss daher sowohl von „oben“ gewollt als auch von „unten“ akzeptiert werden. Insgesamt sollte sie ein Teil jeder „Unternehmenskultur“ sein¹⁸. So sind Organisation- und Personalentwicklung wesentliche Bestandteile der interkulturellen Öffnung. Daher muss die interkulturelle Dimension auch Eingang in die Konzeption finden, d.h. Migrantinnen und Migranten müssen als Zielgruppe explizit definiert werden. Durch die Auseinandersetzung mit spezifischen Problemen und Bedürfnissen bestimmter Zielgruppen gewinnt die Einrichtung eine zusätzliche Kompetenz und Qualifizierung.

Diese Qualifizierung führt dazu, die Dienstleistungen an den Bedürfnissen der Migranten orientiert zu modifizieren und verdeckte Zugangsbarrieren abzubauen.

Darüber hinaus muss interkulturelle Öffnung überprüfbar sein. Hier sei auf die **Checkliste Intertekulturalität** von Ünal hingewiesen (in dieser Broschüre Anhang II, der Hrsg), an Hand derer Einrichtungen und Institutionen eine Selbstüberprüfung ihrer Organisation auf die interkulturelle Offenheit für Migranten vornehmen können.

Einzelne Forderungen der **Sonnenberger Leitlinien** können wir gut in unsere Arbeit integrieren, andere Forderungen richten sich eher an andere Arbeitszusammenhänge oder Berufsgruppen. (in dieser Broschüre Anhang III)

In Anhang IV haben wir geeignete **Fachliteratur** zur weiteren Beschäftigung mit dem Thema zusammengestellt. In Anhang V schließlich finden sich die **Checklisten zur regionalen Bestandsaufnahme**.

Schlussbemerkung:

Wir betrachten diese Arbeitshilfe nicht als abschließendes Statement. Wir wünschen uns Anmerkungen oder Rückmeldungen und suchen ausdrücklich die Diskussion mit Menschen, die dieses Thema ebenfalls interessiert.

Ansprechpersonen aus der Arbeitsgruppe (Stand 2008):

Uwe Komes (Federführung) Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg,
komes@phg-duisburg.de

¹⁸ vgl. C. Schmalz-Jacobsen, Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste, Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für Belange der Ausländer, Nr. 5, Bonn, Dez. 94, S. 9

Sevgi Firat	Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg gGmbH, sevgi.firat@phg-duisburg.de
Regine Schrader	Lebensräume e.V. Bielefeld, schrader@lebensraeume-bielefeld.de
Arif Ünal	Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln, arif.uenal@paritaet-nrw.org
Martin Vedder	Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V., mve@ptv-solingen.de
Filiz Arslan	DPVV NRW, Fachberatung MigrantInnenselbsthilfe, Kortumstraße 145, 44787 Bochum Telefon (0234) 955488-19/-23, fm@paritaet-nrw.org
Andreas Langer	DPVV NRW, Fachberatung Sozialpsychiatrie, Friedhofstraße 39, 41236 Mönchengladbach Telefon (02166) 923932, sozialpsychiatrie@paritaet-nrw.org

Anhang II: Checkliste für Interkulturalität

Arif Ünal

Leiter des Gesundheitszentrums für MigrantInnen in Köln

1. Organisationsentwicklung und Personalpolitik

- 1.1. Welche MigrantInnengruppen werden als Zielgruppe definiert?
- 1.2. Welche interkulturellen Aussagen werden in der Konzeption oder Satzung berücksichtigt?
- 1.3. Welche sonstigen Regellungen (Dienstanweisung, Richtlinien usw.) bestehen in Bezug auf Interkulturalität ?
- 1.4. Wurde bei der Konzeptentwicklung mit den spezifischen Eigenarten der Zielgruppen auseinandergesetzt?
- 1.5. Wie hoch ist der Anteil von MigrantInnen und der Klientel (Patienten)?
- 1.6. Wie hoch ist der Anteil von MigrantInnen und den festeingestellten MitarbeiterInnen?
- 1.7. Wird bei Stellenbeschreibungen darauf hingewiesen, dass wegen interkultureller Offenheit MigrantInnen bevorzugt berücksichtigt werden?
- 1.8. Welche Aufgaben übernehmen die MigrantInnen?
- 1.9. Entspricht die MitarbeiterInnenstruktur der KlientInnen?
- 1.10. Gibt es MigrantInnen in leitenden Positionen ?
- 1.11. Haben die leitenden MitarbeiterInnen Interesse an interkulturellen Themen?
- 1.12. Räumt die Leitung Raum für interkulturelle Kommunikation ?

2. Leitsystem

- 2.1. Gibt es Hinweisschilder / Wegweiser in den Einrichtungen in den Sprachen der Klientel?

- 2.2. Woran würden die BesucherInnen noch erkennen, dass sie eine interkulturelle Einrichtung betreten?

3. Fort- und Weiterbildung des Personals

- 3.1. Gibt es regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen zu interkulturellen Themen?
- 3.2. Ist der Besuch solcher Veranstaltungen erwünscht und wird von der Leitung gefördert?
- 3.3. Nehmen auch leitende MitarbeiterInnen an Workshops und/oder Seminaren zu interkulturellen Themen teil?
- 3.4. Werden in solchen Veranstaltungen auch die Themen wie: Diskriminierung, Vorurteile, Rassismus usw. behandelt?
- 3.5. Gibt es für die MitarbeiterInnen Supervisionen und Teamsitzungen, in denen sie Probleme der praktischen Umsetzung thematisieren können?
- 3.6. Gibt es ausreichende Literatur für MitarbeiterInnen zu interkulturellen Themen?
- 3.7. Gibt es in der Einrichtung eine Controlling-Instanz?
- 3.8. Werden die Probleme der MitarbeiterInnen ernst genommen und die Vorschläge berücksichtigt?
- 3.9. Werden die MitarbeiterInnen beim Erwerb verschiedener Sprachen gefördert?

4. Öffentlichkeitsarbeit

- 4.1. Betont die Einrichtung in der Öffentlichkeit ihre Interkulturalität?
- 4.2. Werden Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen herausgegeben?
- 4.3. Gibt es gezielte Informationsmaterialien für MigrantInnen?
- 4.4. Werden ständig benutzte Formulare / Merkblätter usw. mit Einverständniserklärungen mehrsprachig vorbereitet?

5. Setting

- 5.1 Wird es bei der Essensvorbereitung in der Küche / Kantine die kulturellen Bedürfnisse der MigrantInnen berücksichtigt?

- 5.2. Gibt es Besucherräume und werden sie von den BesucherInnen angenommen?
- 5.3. Gibt es in den Aufenthalts- und Besucherräumen ausländische Zeitschriften und Zeitungen?
- 5.4. Gibt es in der Einrichtung Gebetsmöglichkeiten für Moslems, Juden usw. ?
- 5.5. Werden bei der Körperpflege, die kulturellen Eigenarten wie Schamgefühl, Ehre usw. ernst genommen?
- 5.6. Werden bei der Planung der Sanitäranlagen, die Bedürfnisse der Zielgruppen berücksichtigt?
- 5.7. Sind die Besucherzeiten flexibel ?
- 5.8. Werden die Feste (Opferfest, Zuckerfest, Schabat usw.) wie Weihnachten gefeiert?

6. Kosten- und Marketingaspekte

- 6.1. Wird regelmäßig die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung kontrolliert?
- 6.2. Werden die Entwicklungstendenzen und Maßnahmen dokumentiert?
- 6.3. Gibt es in der Einrichtung eine Innovationsgruppe, die unter Berücksichtigung die Wirtschaftlichkeit die Qualität der Versorgung verbessert?
- 6.4. Gibt es im Einzugsgebiet andere Einrichtungen, die spezielle Angebote für MigrantInnen machen?
- 6.5. Gibt es Erfahrungsaustausch unter ähnlichen Einrichtungen?
- 6.6. Ist eine Dokumentation / Evaluation oder wissenschaftliche Begleitung geplant oder angestrebt?
- 6.7. Was wird unternommen, die Interkulturalität zu überprüfen?

Anhang III: Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland

Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde(DGPPN)
Deutsch - Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.(DTGPP)
Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover Ethno - Medizinisches Zentrum e.V., Hannover

Die „12 Sonnenberger Leitlinien“ bilden die Grundlage für eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft. Die TeilnehmerInnen der Fachtagung zur Migration vom 08.11.2002 - 10.11.2002 im Internationalen Arbeitskreis Haus Sonnenberg/ Oberharz formulierten und verabschiedeten diese Leitlinien, damit sie den Fachgesellschaften auf den Gebieten der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Nervenheilkunde und ihren Mitgliedern zur Orientierung und Umsetzung dienen können.

Die Rahmenbedingungen für die Integration psychisch kranker Migrantinnen bilden die europäische Einwanderungspolitik, das deutsche Zuwanderungsgesetz und die Politik der interkulturellen Öffnung im deutschen Gesundheitswesen. In einem Land mit gesetzlich geregelter Zuwanderung wie der Bundesrepublik Deutschland geht es nicht um die einseitige Anpassung der Migrantenpopulation an das Gesundheitssystem, sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems in allen seinen Bereichen, wie z.B. im Bereich der psychiatrisch - psychotherapeutischen Versorgung , für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der Migrantenpopulation. Es geht dabei um einen wechselseitigen Prozess des Kompetenzzuwachses und der Vertrauensbildung mit dem Ziel, MigrantInnen mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische.

Dafür bestehen in der deutschen Psychiatrie und Psychotherapie unter historischen und Gegenwartsaspekten gute Voraussetzungen. Emil Kraepelins bahnbrechende Untersuchungen zur Frage der kulturübergreifenden Anwendbarkeit psychiatrischer Klassifikationssysteme bildeten den Beginn der transkulturell – psychiatrischen Forschung in Deutschland und waren Ausgangspunkt für die heute weltweit verbreiteten diagnostischen Systeme ICD-10 und DSM IV. Deutschsprachige Ethnopsychanalytiker wie Parin, Morgenthaler, Erdheim u.a. gaben der kulturübergreifenden analytischen Forschung und Theoriebildung wesentliche Impulse. Deutsche PsychiaterInnen wirkten in Entwicklungsländern am Aufbau der psychiatrischen Versorgung, der studentischen Lehre, in der Aus -und Weiterbildung von Fachärztinnen/-

ärzten sowie bei der Gründung psychiatrischer Fachgesellschaften federführend mit. Insbesondere im letzten Jahrzehnt hat es zahlreiche ermutigende Initiativen zur Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland auf der Ebene der Kommunen, der Länder sowie des Bundes gegeben. Die migrationsbezogenen Spezialdienste kirchlicher und karitativer Organisationen haben dazu hilfreiche Vorarbeit geleistet. Die Bedeutung der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen ist von den unterzeichneten und weiteren Fachgesellschaften und Institutionen auf wissenschaftlichen Kongressen und Weiterbildungstagungen zum Thema gemacht worden. Die Migrationsforschung hat sich dadurch intensiviert und qualitativ erheblich verbessert. Zahlreiche deutsche und internationale Publikationen geben dafür eindrucksvolle Beispiele.

Als Ergebnis dieser Entwicklung ist die Bedeutung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen zunehmend in das Bewusstsein einer breiteren Fach- und gesellschaftlichen Öffentlichkeit gedrungen. Diese Tatsache ist eine gute Voraussetzung dafür, mit einer nationalen Initiative durch die führenden Fachgesellschaften in Deutschland eine grundlegende Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen.

DIE 12 SONNENBERGER LEITLINIEN

1. Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.
2. Bildung multikultureller Behandlerteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren, „Face-to-Face oder als Telefon-dolmetscherInnen.
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärztinnen/ Ärzte.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.

8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus MigrantInnenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Civil- und Sozialrecht.
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung.

Die auf den Gebieten der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Nervenheilkunde tätigen Fachgesellschaften werden aufgerufen, sich die Qualitätsstandards der „12 Sonnenberger Leitlinien“ zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen mit psychischen Störungen in Deutschland zu eigen zu machen. Sie werden weiter dazu aufgerufen, ihre Mitglieder zu motivieren, diese in der Krankenversorgung, in der studentischen Lehre, in der Ausbildung von Fachärztinnen/-ärzten, in der Fortbildung aller in der Psychiatrie und Psychotherapie und der Allgemeinmedizin tätigen Berufsgruppen und in der Forschung zur Verbesserung der seelischen Gesundheit und gesellschaftlichen Integration von MigrantInnen durchzusetzen.

Kontakt:

Prof. Dr. Wielant Machleidt
Leiter des Referats für Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN
Direktor der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie,
Medizinische Hochschule Hannover,
Carl Neuberg Strasse 1
30625 Hannover
Tel. +49 511 532 6616
Fax. +49 511 532 2408
E- Mail:machleidt.wielant@mh-hannover.de

Anhang IV: Migration und Psychiatrie"

Arbeitshilfe zur Bestandsaufnahme der regionalen Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund

Veröffentlichung mit freundlicher Erlaubnis der Fachberatung Sozialpsychiatrie des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes NRW

Bearbeitungshinweise zu den Checklisten

Diese Checklisten sollen in der regionalen Praxis von Einrichtungen, Diensten, Gruppen und Initiativen dazu dienen, sich einen gezielten Überblick über die konkrete Versorgungslandschaft zu machen. Die bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund ist eine Aufgabe, die nur in Vernetzung und Kooperation zu leisten ist. Weder das System der allgemeinen Hilfen für MigrantInnen noch die sozialpsychiatrischen Netzwerke allein können und sollten dies allein unternehmen. Wir würden uns freuen, wenn diese Checklisten daher möglichst oft in einem gemeinsamen Arbeitsprozess von Fachleuten und Betroffenen aus beiden Fachgebieten ausgefüllt würden.

Die bearbeiteten Bögen sollten schließlich zum alltäglichen Gebrauch zur Verfügung stehen und als „Loseblattsammlung“ immer wieder aktualisiert werden. Nicht alle aufgeführten Angebote sind überall vorhanden. Andere werden von uns übersehen worden sein. Im ersten Fall kann die „Fehlanzeige“ vielleicht eine Diskussion darüber in Gang setzen, ob das Angebot vor Ort benötigt wird und wer es am sinnvollsten erbringen könnte. Im zweiten Fall bitten wir die AnwenderInnen um eine Rückmeldung, um die Arbeitshilfe weiter entwickeln und verbessern zu können. **Ansprechpersonen** finden sich im Einleitungstext (s. Anhang I; der Hrsg.).

Checklisten "Sozialpsychiatrie"

Kontakt- und Beratungsstelle

(ggf. auch Anlaufstelle, Kontaktzentrum, Psychosoziales oder Sozialpsychiatrisches Zentrum oder noch anders genannt)

("Offene Tür" für psychisch kranke Menschen, Angebote zur Freizeitgestaltung häufig mit Cafe und Mittagstisch, Gruppenangebote, Einzelfallhilfe/Beratung auf Nachfrage, ggf. Zuverdienstmöglichkeit)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	Datum und Handzeichen

Betreutes Wohnen

(ambulanter Fachdienst als Hilfe zum selbständigen Wohnen in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft, Betreuungskosten werden ggf. als Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII unter Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen finanziert)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	Datum und Handzeichen

Ambulante Pflegedienste/Sozialstationen

(Psychiatrische Behandlungspflege nach SGB V auf ärztliche Verordnung durch Fachpflegekräfte im privaten Lebensumfeld insbesondere zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	Datum und Handzeichen

Ambulante Soziotherapie

(befristete medizinische Leistung nach SGB V auf ärztliche Verordnung, Casemanagement und aufsuchend-begleitende Hilfen zur Motivation/Vermittlung akut erkrankter Menschen an bestehende Angebote - z.B. Betreutes Wohnen - und zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung) - in NRW noch nicht systematisch umgesetzt trotz Rechtsanspruch seit 2000!

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	Datum und Handzeichen

Tagesstätte für psychisch kranke und behinderte Menschen

(tagesstrukturierendes Angebot in festen Gruppen von 15-20 Menschen, ca. 30stündiges teilstationäres Wochenprogramm, sozialhilfefinanziert, ggf. Zuverdienstmöglichkeit)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Integrationsfachdienste

(Maßnahmen zur Vermittlung oder Sicherung eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

(Rehabilitations- und Arbeitsangebot zur Vorbereitung auf den "ersten Arbeitsmarkt" oder als dauerhafte Alternative dazu, sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	<i>Datum und Handzeichen</i>

Integrationsprojekt, Zuverdienstfirma (auch "Selbsthilfefirma")

(angepasste sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt, im Einzelfall psychosoziale Betreuung insbesondere zu Beginn)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	<i>Datum und Handzeichen</i>

Übergangseinrichtung für psychisch kranke Menschen

(befristetes Angebot zur sozialen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation, in der Regel bis 24 Monate, sozialhilfefinanziert, im Einzelfall auch Leistung nach SGB VI möglich, etwas irreführend auch "Übergangswohnheim" genannt)

- in dieser Form nur im Rheinland!

Medizinische Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen

(befristete "Heilanschlussbehandlung" nach schwerer Akuterkrankung und - meistens - Krankenhausaufenthalt, ggf. auch teilstationär möglich, Finanzierung nach SGB V und VI, ggf. auch "Übergangseinrichtung" genannt)

- in dieser Form nur in Westfalen-Lippe!

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	Datum und Handzeichen

Krisen(interventions)dienst

(Ambulanter psychosozialer oder psychiatrischer Fachdienst zur individuellen Unterstützung in akuten Krisen, optimalerweise 24-Stunden-Erreichbarkeit mit Bereitschaftsdiensten für aufsuchende Hilfen und mit „Krisenbetten“ für niedrigschwellige Übernachtungsmöglichkeiten)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	Datum und Handzeichen

Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD oder SPDi)

(Ambulanter Fachdienst beim Gesundheitsamt, selten in freier Trägerschaft; auch zuständig für Kriseninterventionen und Ord-nungsmaßnahmen nach PsychKG, sog. „Zwangseinweisungen“)

Einrichtungen (mit Adresse und An-gabe der Versorgungsregi-on/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszei-ten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit Migran-tInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kennt-nisse, Konzepte, Angebo-te, Pläne, ggf. auch Fehl-anzeige)	Kooperations- oder Ge-sprächspartnerIn (mit Tele-fonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabre-dungen (ggf. Termin-absprache zum Ken-nenlernen)	Datum und Hand-zeichen

Gesetzliche BetreuerInnen

(Stellvertretende Verantwortung für psychisch kranke Menschen, die nicht in der Lage sind, in wesentliche Aufgabenbereichen ei-genverantwortlich zu handeln. Diese „Wirkungskreise“ werden gerichtlich bestimmt, geändert und aufgehoben; Übernahme der Betreuung durch gerichtlich bestellte EhrenamtlerInnen mit Unterstützung eines Betreuungsvereins oder durch sog. Berufsbe-treuer)

Einrichtungen (mit Adresse und An-gabe der Versorgungsregi-on/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszei-ten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit Migran-tInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kennt-nisse, Konzepte, Angebo-te, Pläne, ggf. auch Fehl-anzeige)	Kooperations- oder Ge-sprächspartnerIn (mit Tele-fonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabre-dungen (ggf. Termin-absprache zum Ken-nenlernen)	Datum und Hand-zeichen

Fachärztin/-arzt, niedergelassen

(Fachpraxen für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	<i>Datum und Handzeichen</i>

PsychotherapeutIn, niedergelassen

(ärztliche oder psychologische Fachpraxen)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	<i>Datum und Handzeichen</i>

Psychiatrische Fachklinik oder -abteilung, Tagesklinik, Institutsambulanz

(Regional zuständiges Krankenhaus mit Aufnahme- und Behandlungsverpflichtung in akuten Krisen)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Wohnheim für behinderte Menschen

(längerfristiges Angebot zum Wohnen und zur Tagesstrukturierung, ggf. auch in Außenwohngruppen und Einzelappartments, im Bedarfsfall auch 24-Stunden-Betreuung und pflegerische Hilfen möglich, sozialhilfefinanziert)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Sonstiges

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	<i>Datum und Handzeichen</i>
Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	<i>Datum und Handzeichen</i>
Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Öffnungszeiten)	Erfahrungen/Ressourcen in der Arbeit mit MigrantInnen (Anteil der Klientel, fremdsprachliche Kenntnisse, Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennenlernen)	<i>Datum und Handzeichen</i>

Checklisten "Migration"

Migrationsfachdienste (ehem. Aussiedler- und Ausländersozialberatungsstellen)

(Beratungsstellen zur Hilfe und Unterstützung von NeuzuwanderInnen und bereits länger hier lebenden MigrantInnen inkl. AussiedlerInnen und Flüchtlingen)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Einschränkungen der nationalen oder ethnischen Herkunft, Öffnungszeiten usw)	Angebote für psychisch kranke MigrantInnen und/oder deren Angehörigen (Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Flüchtlingsberatungsstellen

(Spezielle Beratungs- und Anlaufstellen zur Hilfe und Unterstützung von Flüchtlingen bei Trägern der Flüchtlings- und Migrationssozialberatung)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Einschränkungen der nationalen oder ethnischen Herkunft, Öffnungszeiten usw)	Angebote für psychisch kranke MigrantInnen und/oder deren Angehörigen (Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Integrations- oder Migrationsrat (ehem. Ausländerbeirat)

(Unabhängiges und demokratisch gewähltes Gremium, das gegenüber der jeweiligen Kommune und der Stadtverwaltung die Interessen der Zugewanderten vertritt. Weitere Informationen sind über die Landesarbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte unter www.laga-nrw.de zu erhalten)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Einschränkungen der nationalen oder ethnischen Herkunft, Öffnungszeiten usw)	Angebote für psychisch kranke MigrantInnen und/oder deren Angehörigen (Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien (RAA) in NRW

(Landesweit 27 Einrichtungen von Kommunen und Kreisen, die vom Land gefördert werden. Für die Entwicklung der Kinder erarbeiten die RAA's Programme und Projekte und setzen diese in Kooperation mit Partnern wie Kindertagesstätten, Schulen, Jugendämtern, Kammern von Industrie und Handwerk und Berufsberatungsstellen um. Infos unter www.raa.de)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Einschränkungen der nationalen oder ethnischen Herkunft, Öffnungszeiten usw)	Angebote für psychisch kranke MigrantInnen und/oder deren Angehörigen (Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Stadtteilbüros im Programm „Soziale Stadt NRW“

(Landesgeförderte Stadtteilbüros, welche die vorhandenen Kräfte im Stadtteil mobilisieren, um den Prozess des Strukturwandels positiv zu gestalten. Ziel ist es, in diesen Quartieren eine stabilisierende Entwicklung in Gang zu bringen: Es muss gelingen, dass die Bewohner der Stadtteile Teil der städtischen Gemeinschaft bleiben und dass die Quartiere selbst als Wohn-, Arbeits- und Lebensraum bestehen können. Die Büros arbeiten örtlich sehr eng mit den Migrantenselbstorganisationen zusammen.

Infos unter www.soziale-stadt.nrw.de)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Einschränkungen der nationalen oder ethnischen Herkunft, Öffnungszeiten usw)	Angebote für psychisch kranke MigrantInnen und/oder deren Angehörigen (Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Rechtsanwälte

(Unabhängige Beratung und Vertretung in Ausländer-, Asyl-, Staatsangehörigkeits- und Flüchtlingssozialrecht)

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Einschränkungen der nationalen oder ethnischen Herkunft, Öffnungszeiten usw)	Schwerpunkte für psychisch kranke MigrantInnen und/oder deren Angehörigen (Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Migrantenselbstorganisationen (MSO) und Selbsthilfegruppen

(Ethnisch homogene oder multikulturell zusammengesetzte Organisationen, die in erster Linie Träger sozialer Arbeit, in zweiter Linie migrationspolitische Akteure sind. In NRW existieren ca. 2000 MSOs. Sie unterscheiden sich sehr in ihrer politischen, kulturellen und religiösen Ausrichtung: Kulturelle Angebote, Förderung der Begegnung und Kommunikation, Interessenvertretung, Informations- und Beratungsangebote - individuell und gruppenbezogen -, Bildungsangebote, Sport- und Freizeitaktivitäten, Betreuungs- und Einzelfallhilfen usw. Weitere Infos unter www.lzz-nrw.de, www.integration.nrw.de, www.zft-online.de)

Informationen über MSOs sind außerdem erhältlich über die landesgeförderte Beratungsstelle für Migrantenselbstorganisationen in NRW beim DPWV: www.migrantenselbsthilfe.paritaet-nrw.org.

Einrichtungen (mit Adresse und Angabe der Versorgungsregion/Einzugsgebiet, ggf. Einschränkungen der nationalen oder ethnischen Herkunft, Öffnungszeiten usw)	Angebote für psychisch kranke MigrantInnen und/oder deren Angehörigen (Konzepte, Angebote, Pläne, ggf. auch Fehlanzeige)	Kooperations- oder GesprächspartnerIn (mit Telefonnummer, Sprechzeiten, Fremdsprachen usw.)	Konkrete Verabredungen (ggf. Terminabsprache zum Kennlernen)	Datum und Handzeichen

Anhang V: Literatur

Literatur zu Gesundheitsfragen der MigrantInnen

Akgün, L. (1991): Strukturelle Therapie mit türkischen Familien, in: Familiendynamik, 16. Jg., Heft 1

Ansay, E. (1980): Krankheits- und Arbeitsunfallursachen Türkischer Arbeitnehmer im Heimatland und in der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation an der Universität Hamburg

Assion, Hans-Jörg (Hrsg) (2005): Migration und seelische Gesundheit, Springer Verlag, Heidelberg

Auerheimer, Georg 2002: Interkulturelle Kompetenz - ein neues Element pädagogischer Professionalität? In: ders. (Hrsg): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität, Opladen 2002, S. 183 - 205.

Bilgin, Y. (1995): Probleme der Medizinischen Versorgung Türkischer Patienten aus Internistischer Sicht . anlässlich des Expertenworkshops des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover e.V.

Birg H. (2000): Perspektiven der Bevölkerungs- und Wanderungsentwicklung mit ihren Chancen und Risiken für den Wirtschafts- und Wohnstandort „Ländlicher Raum“. In: Ländliche Räume in Nordrhein – Westfalen. ILS – Schriften 85, herausgegeben vom Institut für Landes- und Siedlungsentwicklungsforschung (ILS) im Auftrag des Ministers für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen und von der Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Dortmund: 2000, S. 29

Brucks, U.; Salisch ,E. v.; Wahl, W.-B. (1987): Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Beiträge zur sozialen Entwicklung im Gesundheitswesen, Hamburg: ebv Rissen

Borde, Theda/Matthias David, Heribert Kentenich (Hrsg.) (2000), Migration, Frauen, Gesundheit, Perspektiven im europäischen Kontext, Mebuse Verlag, Frankfurt/M.

Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2003), Gut Versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Mebuse Verlag/Frankfurt/M

Boumans, E.; Ünal, A. (1997): Die geteilte Menschenwürde. Flüchtlingsalltag und soziale Arbeit nach der Änderung des Grundrechts auf Asyl, IKO Verlag, Frankfurt/M.

Bourdieu, Pierre 1981: Die feinen Unterschiede, Frankfurt/M.

Cicek, Halis (1989): Psychische und psychosomatische Störungen: unter bes. Be- rücks. psychosexueller Störungen bei Arbeitsmigranten aus d. Türkei. - Berlin: VWB, Verl. für Wiss. u. Bildung

Cirak, Z. (1984): Innen und außen, um das Kranksein herum. In; **Kentenich, H./Reeg, P./Wehkamp, K. H.** (Hrsg) Zwischen zwei Kulturen - was macht Ausländer krank? Verlagsgemeinschaft Gesundheit GmbH, Berlin.

Collatz, J. (1993): Migration und Krankheit. Dokumentation einer Tagung 15./16. Mai 1992 Göttingen, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg,

Collatz, J. (1983): Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen, Lübeck, Hansisches Verlagskontor

Collatz, J. (1984): Analysen zur Mutterschaftsvorsorge - Prozesse der Versorgung und ihre Beeinflussung durch psychosoziale und bio-medizinische Faktoren. Disser- tation, Medizinische Hochschule Hannover, 258 ff.

Collatz, J. (1987): Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung in ausländi- schen Familien. In: Die Ausländerbeauftragte des Landes Niedersachsen (1987): Ge- sundheit im Abseits? Aspekte der Gesundheitsversorgung ausländischer Kinder und Frauen, Hannover, Sozialministerium. Eigenverlag

Collatz, J. (1989): Endbericht für das Forschungsprojekt: Ärztebefragung zur ambu- lanten Betreuung von schwangeren Frauen und Müttern mit Säuglingen bei nieder- gelassenen Allgemein-, Frauen- und Kinderärzten, Bundesministerium für For- schung und Technologie, München, Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Bereich Objektträgerschaften

Collatz, J. (1992): Zur Notwendigkeit ethnomedizinischer Orientierung der psychoso- zialen und Gesundheitsversorgung in Europa. In: **Collatz, J.** et al (1992): Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländer- feindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. E.B.-Verlag Rissen, S. 86-112

Collatz, J. (1995): Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration. Auswirkungen der Migrationsbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatri- scher Versorgung, in: **Koch, E., Özak, M., Pfeiffer, W. M.** (Hrsg.) (1995): Psychologie und Pathologie der Migration, Freiburg i. B.: Lambertus, S. 31-45

Collatz, J.; Kürsat-Ahlers, E.; Korporal, J. (Hrsg.) (1985): Gesundheit für alle - Die gesundheitliche Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik, Hamburg: E.B. Verlag Rissen

Cropley, A., Ruddat, H., Dehn, D., Lucassen, S. (Hrsg.) (1994): Probleme der Zuwan- derung, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Die EVaS-Studie (1989): Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Diesfeld, H-J., Wolter,S. (1984) (Hrsg.): Medizin in Entwicklungsländern, Heidelberg: Verlag Peter Lang

Dohmen, W. (1996): Patienten anderer Kulturkreise. Z. Allg.Med.

Domenig, Dagmar 2006: Transkulturelle Kompetenz – Eine Herausforderung für die Pflege. In: **Machleidt, Wielant; Samlman, Ramazan; Callies, Iris T. (Hg.) 2006: Sonnenberger Leitlinien**, Berlin.

Dreißig, Verena (2005); Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus, transcript Verlag, Bielefeld.

Eser, U. (1985): Symptomrepräsentation und Krankheitsverhalten bei türkischen und deutschen Patienten. Diss. der Medizinischen Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster

Eser, U. (1985): Wer versteht mich?, Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High Tech, Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpraxen, Frankfurt/M., IKO-Verlag 1990

Filtzinger, (1995): Gesellschaftliche Entwicklungstendenzen und interkulturelle Öffnung in Klaus Barwig / W. Hinz-Rommel (Hrsg.), interkulturelle Öffnung sozialer Dienste, Freiburg/B, Lambertus-Verlag

Fischer, G. (1994): Versorgungsprobleme ausländischer Patienten in der ambulanten praktischen Medizin. In: **Illhardt, F. J., Effelsberg, W.: Medizin in multikultureller Herausforderung, Workshop der Akademie der Wissenschaften und der Literatur**, Mainz am 4./5. Dezember 1992, Stuttgart, Jena, New York, Gustav Fischer Verlag

Flatten, W. (1994): Gesundheitsprobleme der ausländischen Bevölkerung, In: **Medizin in multikultureller Herausforderung / Hrsg. von Illhardt, F.J. ; Effelsberg, W. - Stuttgart: Gustav Fischer Verlag**, S.41-58

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (1995) (Hrsg.): Europäische Einwanderungspolitik, Bonn, Eigenverlegung Gesprächskreis Arbeit und Soziales 45

Friedrich, M. (1994): Medizinische Versorgung von Flüchtlingen im zentralen Aufnahmelager durch das Gesundheitsamt Oldenburg. Vortrag im Mittwoch-Colloquium des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover e.V.

Gallisch, M. (1989): Häufige Konfliktkonstellationen bei funktionellen Störungen türkischer Patienten. Manuscript: Gießen: Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität

Gärtner-Harnach, V. et al. (1975): Situation der Kinder ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: **Wierlacher, A. et al. (Hrsg.): Jahrbuch**

Solmaz Golsabahi & Thomas Heise (Hrsg.) (2008): Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. 1. Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum, Berlin

Gün, A. K. (2007): Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie, Gegenseitige Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkei-stämmigen Klienten, Lambertus Verlag, Freiburg in B.

Güney, E.; Haag, A. (1993): Gesundheitsprobleme türkischer Frauen aus psychosomatischer Sicht. In: Hamburger Ärzteblatt 4/93, 115-119

Hegemann, Th.; Salman, R. (2001): Transkulturelle Psychiatrie, Konzept für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Psychiatrie Verlag, Bonn.

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

Heise, Thomas (Hrsg.) (2002): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland, Berlin

Izbirak, D.C. (1992): Die häufigsten Erkrankungen der türkischen Patienten in Deutschland. - In: Der türkische Patient in Deutschland / Hrsg. von Dogan C. Izbirak; Hanns-Gerd Dammann, Hamburg: Editio Medica

Ilkilic, I. (2003): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe, Tübingen

Jaffe, Dennis T. (1983): Kräfte der Selbstheilung, KlettCotta, Stuttgart

Jakobs, Klaudia 1998: Was kann "interkulturelle Kompetenz" in verschiedenen Bereichen der sozialen Arbeit bedeuten? Überarbeiteter und gekürzter Vortrag, gehalten auf der Fachtagung Schlüsselqualifikation "Interkulturelle Kompetenz" der Paritätischen Akademie Frankfurt / M., 16. – 18. November 1998

Kahraman, B. (2008): Die kultursensible Therapiebeziehung, Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten, Psychosozial Verlag, Gießen

Kentenich, H. (1996): Probleme von Migrantinnen in der Frauenheilkunde. Pro Familia Magazin, Frankfurt: /1, -S. 14 ff.

Kielhorn, R. (1984): Symptomwandel bei Erkrankungen von Gastarbeitern. In: Kentenich, H. et al. (Hrsg.): Zwischen zwei Kulturen - was macht Ausländer krank? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit

Kielhorn, R. (1993): Patienten fremder Kulturkreise. - In: Allgemeinmedizin / Hrsg. von Gisela C. Fischer, Berlin: Springer, 63-69

Kornischka, J. (1992): Psychische und soziale Probleme von Spätaussiedlern, Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft

Korporal, J. (1985): Probleme der präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien. In: **Collatz, J.** et al. (Hrsg.): Gesundheit für alle, Hamburg

Kroeger, A.; Koen, E.; Weber, W.; Streich, K. (1986): Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeitnehmerfamilien, Heidelberg

Lajios, K. (Hrsg.) (1993): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen, Opladen: Leske und Budrich

Lazaridis, K. (1987): Psychische Erkrankungen bei ausländischen Frauen. Eine epidemiologische Untersuchung in Niedersachsen. In: Mensch, Medizin und Gesellschaft 12/1987, 213-220

Leyer, E. M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit: Zur Praxis der transkulturnellen Psychiatrie, Opladen: Westdeutscher Verlag

Machleidt, Wielant 2002: Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 73, S. 1208-1209

Machleidt, W., Ramazan, S., Callies,I. (Hrsg) (2006): Sonnenberger Leitlinien - Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie, VWB-Verlag, Berlin

Majewski, E.; Collatz, J., Maneke, M. (1980): Probleme der Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ausländischer Arbeitnehmer. In: Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer, München, Urban & Schwarzenberg

Masumbuku, J. R. (1995): Psychische Schwierigkeiten von Zuwanderern aus den ehemaligen Ostblockländern, Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Meinhardt, R.; Schulz-Kaempf, W. Hrsg. (1994): Dezentrale Flüchtlingssozialarbeit. Eine Zwischenbilanz. Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität Institut für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
(MAGS) (2003): Landessozialbericht NRW, Düsseldorf, Dez. 94.
http://www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/Landessozialbericht_NRW_2003.pdf
(15.10.2008)

Mohammedzadeh, Z. (1994): Vergleichender Überblick über die Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes in einigen Bundesländern. Vortrag im Mittwoch-Colloquium des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover e.V.

Nauck, B. (1993): Dreifach diskriminiert? Ausländerinnen in Westdeutschland. in: **Helwig, G.; Nickel, H.M.** (Hrsg.): Frauen in Deutschland 1945-1992. Bundeszentrale f. pol. Bildung. Schriftenreihe Band 318. Studien zur Geschichte und Politik, Bonn, S.364-396

Nestmann, F.; Tiedt, F. (1988): Repräsentativuntersuchung Sozialberatung für Ausländer. Endbericht im Auftrag der Bundes- und Landesministerien für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Oesterreich, Cornelia: Kulturelle Wirklichkeitskonstruktionen – Wie man mit und ohne Sprache Wirklichkeiten erfahren, begriffen und verändern kann. In: **Machleidt, Wielant; Samlman, Ramazan; Callies, Iris T.** (Hg.) 2006: Sonnenberger Leitlinien, Berlin

Oppen, M. (1985): Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleiß und Krankenstand in: **Collatz, J. et al.** (Hrsg.): Gesundheit für alle, Hamburg, 196-212

„**Projektgruppe „Gesundheitsprobleme ausländischer BürgerInnen“** (1996): Gesundheitsversorgung der MigrantInnen in Köln -Überangebot mit Defiziten- Eigendruck

Rahn,R.(1996): Konfliktbewältigung durch Alkohol und Drogen, Manuscript anlässlich der Tagung: Zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage von Aussiedlern, Fachtagung am 31.10.1996, im Leibnizhaus Hannover, veranstaltet vom Ethnomedizinischen Zentrum Hannover, dem Arbeitsbereich Medizinische Soziologie und der Abteilung Sozialpsychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover

Renz, Meral (2007): Sexualpädagogik in interkulturellen Gruppen, Verlag an der Ruhr, Mülheim an der Ruhr

Rief W, Hiller W., Heuser J (1997) Screening für Somatoforme Störungen, Verlag Hans Huber, Bern

Rue VM, Coleman P, Rue JJ, Reardon DC (2004): Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004; 10: 5 – 16

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

Schiffauer, W. (1995): Sie verlassen die geschützte Zone! *Intertaz*, 14.11.1995, S.14-15

Schlippe, Arist von; El Hachimi, Mohammed; Jürgens, Gesa (2003): Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision, Heidelberg

- Schmalz-Jacobsen, C** (1994). Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste, Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für Belange der Ausländer, Nr. 5, Bonn, Dez. 94
- Schulte, A.; Tan, D.** (1989): Zur Lebenssituation älterer Ausländer in Niedersachsen. in: Niedersächsisches Sozialministerium. Die Ausländerbeauftragte des Landes Niedersachsen (Hrsg.): Altwerden in der Fremde. Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium, 32-103
- Schwarze, S., Jansen, G.** (1991): Arbeitsplatzbelastung und Krankheit bei ausländischen Arbeitnehmern in der Eisen- und Stahlindustrie, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin, Jg. 26, Nr. 3, S. 94-100
- Seifert, W.** (1995): Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik: Lebensbedingungen und soziale Lage, in: Seifert, W. (Hrsg.): Wie Migranten leben, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin, S. 3-9, FS III 95-401
- Selbmann, H. R. et al.** (1980): Münchener Perinatal Studie 1975-1977
- Seikkula, Jakko; Olson, Mary O.** 2006: Der Ansatz des Offenen Dialogs bei akuter Psychose: Seine Poetik und Mikropolitik'. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. Heft 3, Juli 2006, S. 183 ff.
- Selbmann HK, Brach M, Elser H, Holzmann K, Johannigmann J, Riegel K** (1980) Perinatalstudie 1975–1977. Daten, Ergebnisse, Perspektiven, Köln, Deutscher Ärzte-Verlag
- Siefen, R.G.; Loof, S.** (1995): Vortrag anlässlich Fachtagung: Zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage von Aussiedlern. Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e.V.
- Statistisches Bundesamt 2006**: Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden
- Terheggen AM, Stroebe MS, Kleber RJ** (2001): Western Conceptualizations and Eastern Experience: a Cross-Cultural Study of Traumatic Stress Reactions among Tibetan Refugees in India. Journal of Traumatic Stress 2001; 14: 391 – 403
- Theilen, I.** (1985): Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland: Versuch einer ganzheitlichen Medizin als Beitrag zur transkulturellen Therapie, in: **Collatz**
- Uexküll, T. v.** (1990): Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Ünal, A.** (1998): Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und Chancen einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste, in Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg), FM-Druck Karben

Ünal, Arif 2005: „Checkliste für Interkulturalität“ (unveröffentlicht)

Wagemann, Gertrud (2005): Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. VWB, Berlin

Wagner, P. et al. (1985): Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung. In: **Collatz, J.; Kürsat-Ahlers, E.; Korporal, J.** (Hrsg.) (1985): Gesundheit für alle - Die gesundheitliche Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik, Hamburg: E.B. Verlag Rissen

Weber, Ingbert (1990): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen - Fakten - Perspektiven / [Hrsg.: Projektgruppe "Prioritäre Gesundheitsziele" beim Zentralinst. für d. Kassenärztl. Versorgung im Auftr. d. Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen u. Gesundheit], Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

Werner, H.; König I. (2001): Die Integration ausländischer Arbeitnehmer in die Arbeitsmärkte der EU-Länder – Ein europäischer Vergleich.
<http://doku.iab.de/werkber/2001/wb1001.pdf> (15.10.2008)

Weßling, A.; Collatz, J. (1991): Konzeptentwicklung für die Evaluation von Beratungsmodellen für Aussiedlerinnen unter dem Aspekt seelischer und körperlicher Gesundheit und adäquater Lebensplanung, Abschlußbericht einer Projektförderung des Niedersächsischen Sozialministeriums für das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover e.V., Hannover

Woitinas, Friedhelm (1995): Krankenhaus: Situation der ausländischen Bevölkerung in München unter besonderer Berücksichtigung von Krankheitsanfälligkeit und medizinischer Betreuung in den Städtischen Krankenhäusern, in: Stadt-Gesundheit und Migration/Hrsg. vom Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München, S.38 ff

World Bank (1992) (Hrsg.): World Development Report 1991, Oxford University Press, 1992

Zeiler, J., Zarifoglu, F. (1994): Zur Relevanz ethnischer Diskriminierung bei psychiatrischen Erkrankungen. Psychiat. Prax. 21, S.101-105

Zentrum für Türkeistudien (2008): 8. Mehrthemenbefragung türkischstämmiger Migranten in NRW des Zentrums für Türkeistudien. www.zft-online.de. Zugriffsdatum: 04.09.2008

Zink, A.(1985): Türkische Frauen als Patientinnen. Interaktionsprobleme aus der Sicht der behandelnden Ärzte, in: Gesundheit für Alle - Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik / Hrsg. von **Collatz, J.; Kürsat-Ahlers, E.; Korporal, J.**, Hamburg: ebv-Rissen, S. 351-369

Zuckerhut, P. (1995): Rassismus und Feminismus. In: Miteinander Lernen/Birlikte Ögrenelim (Hg.) Frauen im Fremdland. Bildungsarbeit, Beratung und Psychotherapie mit Migrantinnen pp. 65-74, Wien: Forschung Promedia

Literatur zum Schwerpunkt behinderte MigrantInnen

Boos-Nünning, U. (1990): Eingliederungsprobleme bei behinderten ausländischen Kindern. In: Otto Speck, Klaus-Rainer Martin: Sonderpädagogik und Sozialarbeit - Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 10 (S.556-573), Berlin

Buchkremer, H.; Emmerich, M. (Hrsg.) (1987): Ausländerkinder - Sonder- und Sozi-alpädagogische Fragestellungen, Hamburg

Bukow, WD.: Krise, Konflikt und Krankheit als Ansatzpunkte ethnologistischer Zu-schreibung. In Buchkremer et al.

Grottian, G. (1991): Gesundheit und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei, Frankfurt am Main

Hohmeier, J. (1996): Frühe Hilfen für ausländische Familien mit behinderten Kindern - Ergebnisse einer Befragung in Frühförderstellen: In: Geistige Behinderung, Heft 3/1996 (S.241-248)

Kentenich, H.; Reeg, P.; Wehkamp, KH (1984): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank?, Berlin

Kühl, J., Wehkamp, S. (1984): Allah hat das so gewollt?! - Interview mit einer türki-schen Heilpädagogin in einem deutschen Rehabilitationszentrum für behinderte Kinder. In: **Heribert Kentenich, Peter Reeg, Karl-Heinz Wehkamp**: Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? (S.110-116), Berlin

Merz-Atalik, K. (1997): Aspekte der Beratung türkischer und kurdischer Eltern von Kindern mit Behinderungen - Integrative Prozesse begleiten. In: Gemeinsam leben, Heft 1, März 1997 (S.16-21)

Merz-Atalik, Kerstin (1998): Integration ausländischer Jugendlicher mit Behinderun-gen im gemeinsamen Unterricht - Eine Herausforderung an die Integrationspädago-gik. In: **Preuss-Lausitz, Ulf/Maikowski, Reiner** (Hrsg.): Integrationspädagogik in der Sekundarstufe. Beltz, Weinheim und Basel

Merz-Atalik, K. (1998): Kulturspezifische Einstellungen zu Krankheit und Behinde-rung in Familien türkischer Herkunft. In: **Datler, Wilfried u.a.** (Hrsg): Zur Analyse heilpädagogischer Beziehungsprozesse, Luzern

Merz-Atalik, K. (1999): Sonderpädagogischer Förderbedarf bei Kindern aus Migran-tinfamilien - Integrative Förderung in der Allgemeinen Schule zur Vermeidung viel-fältiger Aussonderungsprozesse. In **Holzer, Brigitte, Vreede, Arthur, Weigt, Gabriele**: „Disablilities in different cultures“, Bielefeld

Merz-Atalik, K. (1999): „Ausländer mit Behinderung“, „Behinderte in Entwicklungs-ländern“ und „Interkulturelle Pädagogik“. **Bundschuh, Konrad u.a.** (Hrsg): Wörter-buch Heilpädagogik, Bad Heilbrunn/Obb.

Ohnacker, K.; Scherer, D.; Wöll, G. (1985): *Krank im fremden Land. Bedingungen eines psychologischen Beratungskonzeptes für ausländische Arbeitnehmer*, Berlin

Quertani, M. (1994): Behinderung in der dritten Welt unter besonderer Berücksichtigung der Stellung Behindter im Islam, dargestellt am Beispiel des nordafrikanischen Raumes (Tunesien, Algerien, Marokko). In: *Behindertenpädagogik*, 33 Jg., Heft 4/1994 (S. 389-403).

Schäfer-Böker, G. (1987): Krankheitskonzepte ausländischer Familien/Die Folgen einer chronischen Erkrankung/Behinderung für das familiäre System. In: **Hansjosef Buchkremer/Michaela Emmerich** (Hrsg.): *Ausländerkinder - Sonder- und Sozialpädagogische Fragestellungen* (S. 77-100), Hamburg

Scherr, A. (1999): Die Konstruktion von Fremdheit in sozialen Prozessen. In: **Kiesel, Doron u.a.** (Hrsg.): *Die Erfindung der Fremdheit* (S. 49-65), Frankfurt a.M.

Speck, O.; Martin, KL (1990): *Sonderpädagogik und Sozialarbeit - Handbuch der Sonderpädagogik*, Bd. 10, Berlin

Strasser, S. (1995): *Die Unreinheit ist fruchtbar - Grenzüberschreitungen in einem türkischen Dorf am schwarzen Meer*, Wien.

Skutta, S.: Versorgungslage und psychosoziale Situation von Familien mit behinderten Kindern in der Türkei. Ein Führer für die Beratung von rückkehrenden Migrantfamilien mit behinderten Kindern, Frankfurt/M., 1994

Ucar, Ali (1987): Behindertenerziehung in den Schulen der Türkei. In: **Buchkremer H.J., Emmerich M.** (Hrsg.): *Ausländerkinder - Sonder- und Sozialpädagogische Fragestellungen* (S. 118-130), Hamburg

Zimmermann, Emil (1994): Sozialmedizinische Probleme in der Versorgung ausländischer Patienten. In: Heribert Kentenich, Peter Reeg, Karl-Heinz Wehkamp (Hrsg.): *Zwischen zwei Kulturen: Was macht Ausländer krank?* (S. 126-137), Berlin

Anhang VI: Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration im Rheinland (SPKoM)

Zugänglichkeit gemeindepsychiatrischer Einrichtungen verbessern

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) fördert schon seit einigen Jahren Maßnahmen zur Weiterentwicklung migrantenspezifischer Hilfeangebote in den rheinischen Kliniken und in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Das Kölner Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten wird seit 1998 gefördert, das Kompetenzzentrum Migration des Sozialpsychiatrischen Zentrums Duisburg-Nord seit 1999 und das Kompetenzzentrum Migration des Trägerverbundes der Sozialpsychiatrischen Zentren im Bergischen Land seit 2006. Seit September 2008 fördert der Landschaftsverband Rheinland ein viertes Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum für das südliche Rheinland.

Diese Einrichtungen nennen sich seit 2007 Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration (SPKoM) und haben die Weiterentwicklung migrantenspezifischer Angebote in der gemeindepsychiatrischen Versorgung zur Aufgabe.

Damit soll und kann kein neues und spezifisches Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund aufgebaut werden. Die SPKoM verfolgen vielmehr das Ziel, die Zugänglichkeit der bestehenden gemeindepsychiatrischen Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Sie sollen zielgruppenspezifische Angebote und kultursensible Ansätze modellhaft entwickeln, sowie Einrichtungen, Verbände und Organisationen bei interkulturellen Fragen beraten. Dabei kooperieren die SPKoM mit den Migrationsbeauftragten der rheinischen Kliniken.

Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration

Zu den wesentlichen Aufgaben der SPKoM gehören:

- Bündelung der Erfahrungen in der psychiatrischen Arbeit von Menschen mit Migrationshintergrund.
- Vernetzung und Koordination der psychiatrischen Einrichtungen und Dienste mit Unterstützungsangeboten für Migrantinnen und Migranten sowie den kulturellen und religiösen Organisationen unterschiedlicher Migrantengruppen.
- Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in bestehenden Einrichtungen, insbesondere die Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen.
- Erstellung von Informationsmaterial für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten sowie für psychosoziale Dienste und Einrichtungen.
- Unterstützung bei der Bildung von Selbsthilfegruppen für Betroffene und deren Angehörige.
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die psychischen Probleme von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund.
- Entwicklung von Leitlinien und Qualitätsstandards, unter anderem für die Öffnung von Regelangeboten der psychosozialen Versorgung.

Anschriften und Ansprechpersonen

Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 8, Amt Planung und Förderung
Beate Kubny-lüke
Hermann-Pünder-Str. 1
50679 Köln
Telefon: +49 (0) 221 / 809-66 47
Internet: www.lvr.de/gesundheit

SPKoM Bergisches Land

Zuständigkeitsbereich: Kreis Mettmann, Städte Remscheid, Solingen, Wuppertal
Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.
Eichenstraße 105-109
42659 Solingen
Telefon: +49 (0) 212 / 248 21 - 0
Internet: www.ptv-solingen.de
Martin Vedder, Telefon: +49 (0) 212 / 22 28 90
E-Mail: vedder@ptv-solingen.de

SPKoM Duisburg

Zuständigkeitsbereich: Stadt Duisburg
Psychiatrische Hilfsgemeinschaft Duisburg gGmbH
Parallelstraße 30
47166 Duisburg
Telefon: +49 (0) 203 / 348 76 0
Internet: www.phg-du.de
Sevgi Firat, Telefon: +49 (0) 203 / 544 47 90
E-Mail: sevgi.firat@phg-du.de

SPKoM Köln

Zuständigkeitsbereich: Städte Köln und Leverkusen
Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten
Marsilstein 4-6
50676 Köln
Telefon: +49 (0) 221 / 95 15 42 31
Arif Ünal, Telefon: +49 (0) 221 / 95 15 42 31
E-Mail: arif.uenal@paritaet-nrw.org

SPKoM Südliches Rheinland

Zuständigkeitsbereich: Stadt Bonn, Rhein-Sieg-Kreis, Kreis Euskirchen
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Rhein-Sieg e.V.
Josefshöhe 7
53783 Eitorf
Telefon: +49 (0) 2243 / 82 602
Benjamin Ochel, Telefon: +49 (0) 2243 / 82 602
E-Mail: SPKoM@awo-bnsu.de

Anhang VII: Ambulante Therapieangebote der LVR-Kliniken für Migrantinnen und Migranten

(Stand November 2008)

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen mit einem Migrationshintergrund befinden sich im Aufbau.

Integrationsbeauftragte
LVR-Klinik Bedburg-Hau
Bahnstr. 6
47551 Bedburg-Hau
Telefon: 02821 / 81-0

Dr. Adam Krakiewicz (ärztl./therapeut. Dienst)
Alexandra Ferner (Pflegedienst)

LVR-Klinik Bonn

Integrationsbeauftragte
LVR-Klinik Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20c
53111 Bonn
Telefon: 0228/551-0

Dr. Gelad Habasch (ärztl./therapeut. Dienst)
Dr. Erkan Kilic (ärztl./therapeut. Dienst)
Said Nadali (Pflegedienst)
Marion Bruch (ärztl./therapeut. Dienst)

Behandlungsprogramm für russisch sprechende Migranten

Dieses Behandlungsprogramm ist gerichtet an alle russisch sprechenden Migranten, die selbst an einer Suchterkrankung leiden oder die Fragen dazu haben oder deren Angehörige suchterkrankt sind.

Wir bieten eine Begleitung der Behandlung der Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente...) an, sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich. Die Begleitung wird durchgeführt durch einen Migrationspädagogen aus der ehemaligen Sowjetunion in russischer, polnischer und deutscher Sprache.

Institutsambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie
Kaiser-Karl-Ring 20c
53111 Bonn
Telefon: 0228/551-2800

Behandlungsteam

Karoline Spiske (oberärztliche Leitung)
Josef Driter (Migrationspädagoge)
Marion Bruch (Dipl. Sozialarbeiter)

Behandlungsprogramm für Patienten aus dem islamisch geprägten Kulturraum

Dieses Behandlungsprogramm ist gerichtet an alle islamisch geprägten / türkischen Patienten, die selbst an einer Suchterkrankung leiden oder die Fragen dazu haben oder deren Angehörige suchterkrank sind.

Wir bieten eine Begleitung der Behandlung der Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente...) an, sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich. Die ambulante Behandlung der Suchterkrankung, sowie der psychischen Begleiterkrankungen, wie Depression, Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen, wird durchgeführt durch einen türkisch stämmigen Arzt.

Institutsambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie

Yüksel Özcan (Anmeldung)
Kaiser-Karl-Ring 20c
53111 Bonn
Telefon: 0228/551-3888

Ansprechpersonen

Dr. Erkan Kilic (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)
Said Nadali (Pflegekraft)

LVR-Klinik Düren

Spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen mit einem Migrationshintergrund befinden sich im Aufbau.

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Düren
Meckerstr. 15
52353 Düren
Telefon: 024121 / 40-0

Thomas Hax (ärztl./therapeut. Dienst)
Thomas Jünger (Pflegedienst)

LVR-Klinik Düsseldorf

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Telefon: 0211/922-0

Dr. Jaroslav Malevani (ärztl./therapeut. Dienst)
Gerd van Gemmeren (Pflegedienst)

Interkulturelle Versorgung in der Institutsambulanz und Poliklinik

Interkulturelles Netzwerk aller Abteilungen (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie) mit Diagnostik- und Therapieangeboten in folgenden Fremdsprachen (Englisch, Türkisch, Polnisch, Russisch, Georgisch, Serbisch, Kroatisch, Französisch, Italienisch). In bestimmten Fällen Dolmetscher gestützte Einzeltherapie in weiteren Sprachen.

Zielgruppe sind Menschen mit Migrationshintergrund, die an folgenden Erkrankungen leiden:

- affektive Störungen, darunter depressive Erkrankungen
- schizophrene bzw. schizoaffektive Psychosen
- Psychosomatische Erkrankungen
- Angststörungen - Suchterkrankungen
- Seelische Erkrankungen im höheren Lebensalter
- Traumafolgen

Institutsambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Telefon: 0211/9 22 34 90

Ansprechperson

Dr. Francesco Musso

Sprechstunde und Gruppentherapie für türkischsprachige Patientinnen und Patienten mit somatisierten Depressionen

Die Institutsambulanzen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie 2 der Rheinischen Kliniken Düsseldorf bieten folgende Behandlungsmöglichkeiten für türkischsprachige Pat. mit somatisierten Depressionen an:

- Erstgespräche zur Diagnostik und Indikationsstellung durch die Institutsambulanz,
- Durchführung antidepressiver Pharmakotherapie, Vermittlung von Einzelpsychotherapie,

- Teilnahme an einer wöchentlich erfolgenden Gruppentherapie auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis,
- Kriseninterventionelle Behandlung,
- Hilfe bei sozialen Problemen,
- Nachsorge, Sekundärprophylaxe bei rezidivierenden Erkrankungen.

Ein besonderes Angebot für türkischsprachige Patienten mit somatisierten Depressionen ist die Teilnahme an einer wöchentlich erfolgenden Gruppentherapie auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis. Hier erhalten die Patienten mit somatisierten Depressionen die Möglichkeit, sich in ihrer Muttersprache in einer Gruppe von ebenfalls Erkrankten über die medizinischen Hintergründe depressiver Erkrankungen und deren Wechselbeziehungen zu körperlichen Beschwerden wie beispielsweise chronischen Schmerzen zu informieren.

Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Tagesklinik Moorenstraße
Himmelgeister Straße 228,
40225 Düsseldorf
Telefon: 0211/9 22 35 00

Ansprechperson

Dr. med. Tan Bayraktar

Transkulturelles Versorgungsangebot der Ambulanz für transkulturelle Psychotherapie und Psychosomatik in der Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Düsseldorf

Seit dem Jahr 2000 werden in der Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Düsseldorf Menschen mit Migrationshintergrund psychotherapeutisch versorgt. In der Sektion für transkulturelle Psychotherapie und Psychosomatik dieser Ambulanz werden pro Quartal ca. 200 Migranten und Flüchtlinge betreut, was einem Anteil von ca. 30% der gesamten Patientenversorgung in der Ambulanz entspricht. Es handelt sich hierbei vornehmlich um traumatisierte bzw. kriegstraumatisierte Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Bisher bestehen folgende Angebote für diese spezifische Patientengruppe:

- Kultursensible und traumaspezifische Erstgespräche zur Diagnostik und Indikationsstellung mit anschließendem Beratungsgespräch (200/Quartal)
- Kriseninterventionen bei schweren Panikattacken, dissoziativen Zuständen, Flashbacks, und Suizidalität, denen oft eine Retraumatisierung zugrunde liegt mittels supportiver psychotherapeutischer Techniken und zusätzlicher psychopharmakologischer Versorgung.
- Stabilisierende traumaspezifische Psychotherapie vor allem in Form psychoedukativer und stabilisierender Gruppenmaßnahmen. Es werden derzeit neun gruppentherapeutische Maßnahmen angeboten, die an dieser speziellen Patientenpopulation angepasst sind (stabilisierend, ressourcenorientiert, mehr strukturiert). Gleichzeitig wurde eine Traumafokussierte Einzelpsycho-

therapie für kriegstraumatisierte Flüchtlinge (TP-WAR, Kruse et al. 2005) entwickelt und in einem Forschungsprojekt evaluiert. Das Therapiekonzept adaptiert die Prinzipien des Konsensus Modells der Traumatherapie für komplex traumatisierte Menschen und der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) an die Besonderheiten der Situation von kriegstraumatisierten Flüchtlingen.

- Die Psychotherapien werden derzeit vor allem muttersprachlich in den Sprachen deutsch, kroatisch und serbisch angeboten. Darüber hinaus werden bei Bedarf qualifizierte Dolmetscher zur Übersetzung in Beratung und Therapie hinzugezogen. Zurzeit arbeiten wir am häufigsten mit Dolmetschern für die albanische und kurdische Sprache.
- Erstellung von Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen zu sozialen und aufenthaltsrechtlichen Fragen.

Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Silke Pfleging (Anmeldung)

Bergische Landstr. 2

40629 Düsseldorf

Telefon.: 0211/9 22 47 10

Behandlungsteam

Dr. Lijana Joksimovic

Dipl. Psych. Jutta Bierwirth

PD Dr. Johannes Kruse

LVR-Klinik Essen- Klinik/Institut der Universität Duisburg-Essen

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Essen – Klinik/Institut der Universität Duisburg-Essen

Virchowstr. 174

45147 Essen

Telefon: 0201/ 7220

PD Dr. Yesim Erim (ärztl. / therapeut. Dienst)

Eva Morawa (ärztl. / therapeut. Dienst)

Dr. Susanne Klein (ärztl. / therapeut. Dienst)

Ulrike Hesse (Pflegedienst)

Frank Boden (Pflegedienst)

Serhat Avci (Pflegedienst)

Migrationsambulanz der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die muttersprachliche Ambulanz (primär türkischsprachig) der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Essen besteht seit 1995. Die muttersprachliche Ambulanz bietet:

- Diagnostische Modalitäten in der muttersprachlichen Sprechstunde

- Therapeutische Angebote (u. a. Angebot einer muttersprachlichen Gruppentherapie für türkischstämmige Frauen seit 1995)
- Schulung interkultureller Kompetenzen

LVR-Klinik Essen – Klinik/Institut der Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174
45147 Essen
Telefon: 0201/ 7227521

Ansprechpersonen

Priv.-Doz. Frau Dr. Yesim Erim
Dipl.-Psychologin Frau S. Kahraman
Dipl.-Psychologin Frau Zahide Yücel

LVR-Klinik Köln

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Telefon: 0221/899-0

Dr. Ali Kemal Gün (ärztl. / therapeut. Dienst)
Helene Schulz (Pflegedienst)

Spezielle ambulante Angebote für ältere türkischsprachige Migrantinnen und Migranten sowie deren Angehörige:

Gerontopsychiatrischen Zentrum (GPZ) Köln Mülheim

Adamsstr. 12
51063 Köln
Telefon: 0221/60608500

Ansprechpersonen

Dr. Irene Berg
Huseyin Pehlivan
Ulrike Meyer zu Allendorf

Gerontopsychiatrisches Zentrum Köln Nordwest

Rottweiler Str. 3
50739 Köln
Telefon: 0221/170 708 740.

Ansprechperson

Christoph Besta

Weitere türkischsprachige ambulante Behandlungsangebote nach Absprache. Dolmetscher gestützte ambulante Behandlung in weiteren Sprachen nach Absprache.

LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Telefon: 0221/8993211

Ansprechperson
Dr. Ali Kemal Gün

LVR-Klinik Langenfeld

Integrationsbeauftragte
LVR-Klinik Langenfeld
Köln Str. 82
40764 Langenfeld
Telefon: 02173 / 102-0

Dr. W. Schachula (ärztl. / therapeut. Dienst)
Dr. Murat Ozankan (ärztl. / therapeut. Dienst)
Isolde Schmidt-Rüther (Pflegedienst)

Migrantenambulanz - LVR-Klinik Langenfeld

Das Behandlungsangebot richtet sich vorrangig an türkisch und russischsprachende Patienten/-innen. Andere Nationalitäten bilden kein Ausschlusskriterium. Behandelt werden Patienten/-innen mit psychiatrischen Erkrankungen, neurotischen Störungen; Persönlichkeitsstörungen; Suchterkrankungen sowie seelischen Erkrankungen im höheren Lebensalter.

Psychiatrische Behandlung inkl. Diagnostik und Pharmakotherapie unter Einbeziehung der Angehörigen und der Betreuer in den komplementären Diensten stellt unsere wichtigste Aufgabe dar. Die Diagnostikphase umfasst meist die ersten fünf Sitzungen a' 40 Minuten, bei der biographische, fremdanamnestische und bisheriger Behandlungsverlauf erhoben werden.

Beratung und Informationsgespräche finden oft in externen Institutionen, wie Arbeiterwohlfahrt, Moscheevereine statt und bildet einen wichtigen Aspekt unserer aufsuchenden Arbeit dar.

Die Terminvereinbarung in der Migrantenambulanz erfolgt auf Nachfrage von Patienten/-innen, Hausärzten/-innen, Angehörige oder Betreuer/-innen ggf. in türkischer Sprache.

LVR-Klinik Langenfeld, Migrantenambulanz
Kölner Str. 82
40764 Langenfeld 11
Tel. 02173 – 10 222 40

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Migrantenambulanz

Dr. Murat Ozankan (Oberarzt)

Zeynep Atik (Weiterbildungsassistentärztin)

Inna Kudaschkin (Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie)

Hilal Dedeler (Arzthelferin)

Gülay Aksu (Arzthelferin)

LVR-Klinik Mönchengladbach

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Mönchengladbach

Heinrich-Pesch-Str. 39-41

41239 Mönchengladbach

Telefon: 02166 / 618-0

Dr. Asuam Ücer (ärztl. / therapeut. Dienst)

Öner Gülderen (Pflegedienst)

Migrationsambulanz in den Rheinischen Kliniken Mönchengladbach

Die Rheinischen Kliniken Mönchengladbach bieten seit 2006 Patientinnen und Patienten mit türkischen Migrationshintergrund eine qualifizierte psychiatrisch – psychotherapeutische Behandlung an.

Zum Leistungsumfang gehört die psychiatrisch – psychotherapeutische Behandlung, Diagnosestellung, Pharmakotherapie, Beratung von Angehörigen und die Vermittlung von soziotherapeutischer Behandlung.

Zu unserem Behandlungsspektrum gehören:

- Depressionen
- Angsterkrankungen
- Zwangsstörungen
- Schizophrene Psychosen
- Suchterkrankungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Psychosomatische Erkrankungen
- Organische psychische Störungen

Migrationsambulanz/ Haus CB

3 Stock, 6. Flur, Zi. 605

LVR-Klinik Mönchengladbach

Heinrich-Pesch-Str. 39 – 41

41239 Mönchengladbach

Telefon: 02166 / 618 2311

Behandlungsteam

Dr. (TR) Asuman Ücer (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie)

Gülderen Öner (Fachpflegekraft)

LVR-Klinik Viersen

Integrationsbeauftragte

LVR-Klinik Viersen
Johannisstr. 70
41749 Viersen
Telefon: 02162 / 96-31

Dr. Wilfried Wirtz (ärztl. / therapeut. Dienst)
Helmut Döhmen (Pflegedienst)

Therapieangebote der LVR-Klinik Viersen

Migrantенambulanz für dem Fachbereich Kinder und Jugendpsychiatrie

Es werden spezielle Sprechstunden für Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen UdSSR und ihre Russischsprechenden Eltern durchgeführt. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der respektvolle Umgang mit den individuellen Erfahrungswelten und damit verbundener Vorstellung von seelischer Gesundheit und Krankheit. Entscheidend ist, Kinder und Jugendliche in der Gesamtheit ihrer Lebenszusammenhänge zu sehen und Ihnen in seelischen Krisen neue Entwicklungswege zu eröffnen. Deshalb ist uns die Einbeziehung der Familie mit ihren Ressourcen und Handlungskompetenzen besonders wichtig.

Angeboten werden:

- Beratung und Therapie mit Einbeziehung von Eltern, Angehörigen, Schulen usw.
- psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
- Hilfe und Unterstützung in Krisensituationen
- Nachbehandlung von stationären Patienten und Pharmakotherapie

Bei folgenden Problemen kann man sich an die Migrantенambulanz für Kinder- und Jugendliche wenden:

- Suchterkrankungen
- emotionalen Krisen und Belastungen mit Depressivität und sozialen Rückzug
- psychosomatische Erkrankungen
- Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen
- seelische Erkrankungen
- Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, HKS
- Enuresis und Enkopresis

Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie

LVR-Klinik Viersen, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Horionstrasse 14
41749 Viersen
Telefon: 02162 / 96-5211 und 0171-5560894

Migrantenambulanz für den Fachbereich Allgemeinpsychiatrie

Die im Januar 2006 eröffnete Ambulanz ist ein spezielles Angebot der Rheinischen Kliniken Viersen für Migrantinnen und Migranten verschiedener Nationalitäten, mit dem Schwerpunkt der Behandlung türkischer Patienten. Hier werden Menschen behandelt, beraten und begleitet, die an einer psychischen Erkrankung leiden.

Folgende Erkrankungen können behandelt werden:

- Depressionen
- schizophrene Psychosen
- psychosomatische Erkrankungen
- somatoforme Störungen
- seelisch bedingte Schmerzzustände
- Angststörungen
- Suchterkrankungen
- seelische Erkrankungen im höheren Lebensalter

Unser Angebot:

- Multikulturelles und multiprofessionelles Team
- Migrationsspezifische und sprachliche Kompetenzen, wie Türkisch, Englisch und Französisch Ø Externe Dolmetscher im Bedarfsfall
- Diagnostik
- Psychiatrische Behandlung
- Psychotherapeutischen Behandlung
- Differenzierte Pharmakotherapie
- Hilfe in Krisensituationen
- Vermittlung psychosozialer Hilfe, u.a. im Umgang mit Ämtern
- komplementäre Nachsorge
- intensive Zusammenarbeit mit Vereinigungen von Migranten
- Beratung und Unterstützung Angehöriger
- Hausbesuche
- Vermittlung kultur- und sprachspezifischer Therapiemöglichkeiten
- Nachbehandlung stationärer Patienten

LVR-Klinik Viersen, Migrantenambulanz

Haus 30, Erdgeschoss, Zimmer 16
Johannisstraße 70
41749 Viersen - Süchteln
Telefon: 02162 / 96-4439

Außerdem gibt es Sprechzeiten in der

Tagesklinik Mönchengladbach
Zentrum Regentenstraße 91
41061 Mönchengladbach
Telefon: 02161 / 926670

Anhang VIII: Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten im Rheinland – Schwerpunkt SPZ

Initiiert vom Arbeitskreis Integration der LVR-Kliniken sowie den SPKoM im Rheinland

An der Befragung nahmen **alle Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ)** aus dem Rheinland teil, die vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) gefördert werden.

Eine gemeinsame Beantwortung in einem Fragebogen wurde durch

- die SPZ Duisburg-Hamborn und Duisburg-Homberg,
- die SPZ-Träger Caritas Mülheim/Ruhr und Mülheimer Kontakte für das integrierte SPZ Mülheim/Ruhr,
- die SPZ Moers und Kamp-Lintfort,
- die SPZ Heinsberg und Erkelenz,
- die SPZ Wuppertal-Barmen und Wuppertal-Elberfeld sowie
- die SPZ Köln-Nippes und Köln-Chorweiler

vorgenommen.

Es lagen von daher Fragebögen von insgesamt **63 SPZ** vor, welche auch die **Grundlage** der Auswertung bilden.

Zusätzlich wurde der Fragebogen vom Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration (SPKoM) Köln beim Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten in Köln ausgefüllt. Da es sich hierbei um kein SPZ handelt, geht er in die Auswertung der SPZ nicht ein, sondern wird zusammen mit dem SPKoM Duisburg und SPKoM Bergisches Land nochmals im Rahmen einer zweiten Analyse ausgewertet.

Alle folgenden absoluten und relativen Häufigkeiten beziehen sich – falls nicht anders vermerkt - auf die Zahl 63 als 100 %!

1.2. Integrationsbeauftragte/r für migrationsspezifische Angebote in den Einrichtungen	
vorhanden	21 (33,3 %)
nicht vorhanden	40 (63,5 %)
geplant	1 (1,6 %)
nur für den Bereich „Betreutes Wohnen“	1 (1,6 %)

2.1. Folgende Leistungen werden in den Einrichtungen angeboten:	
Beratung	60 (95,2 %)
Ambulant betreutes Wohnen	58 (92,1 %)
Sozialpsychiatrischer Dienst	14 (22,2 %)
Ambulante psychiatrische Pflege	13 (20,6 %)
Integrationsfachdienst	27 (42,9 %)
Wohnheime	25 (39,7 %)
Integrationsfirma (Werkstatt für behinderte Menschen)	11 (17,5 %)
Ambulante medizinische Behandlung	4 (6,3 %)
Tagesklinik	2 (3,2 %)
Andere Leistungen:	54 (85,7 %)
Tagesstätte	40 (63,5 %)
Kontakt- und Beratungsstelle	11 (17,5 %)
Kontaktstelle	7 (11,1 %)
Zuverdienstprojekt	5 (7,9 %)
Treffpunkt/ Freizeittreff/ offener Treff	3 (4,8 %)
Tageszentrum	2 (3,2 %)
Suchtberatung	2 (3,2 %)
Betreuungsverein	2 (3,2 %)
Arbeits-/ Beschäftigungstherapie	2 (3,2 %)
Tagesstätte für psychisch Kranke	2 (3,2 %)
SPZ	2 (3,2 %)
BeWo	2 (3,2 %)
Einfachnennungen:	
SGB II – Beratung; Mittagstisch, Frühstück; ASD; Krisendienst; Sprechstunde des Jugendmigrationsdienstes der Diakonie; niedrigschwellige Kontaktangebote (z.B. OTs, Sportangebote, Gesprächsgruppe); Arbeitstraining; tagesstrukturierende Gruppenangebote; Demenzgruppe; Migrantenberatung; Sozialstation; berufliche Rehabilitation; begleitender Dienst; Hilfe bei psychischen Erkrankungen im Alter; Kipkel; ambulant aufsuchender Dienst; Integrationsprojekte; Maßnahmen SGB; Wohngemeinschaft; APP nach SGB V niederschwellige Eingliederungshilfe für Menschen, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, eine APP-Verordnung oder einen Sozialhilfeantrag in Anspruch zu nehmen	

2.2. Anzahl der NutzerInnen der Einrichtungen pro Jahr	
LangzeitnutzerInnen (ab drei Monate)	
0 – 100	11 (17,5 %)
101 – 200	18 (28,6 %)
201 – 300	13 (20,6 %)
301 – 400	9 (14,3 %)
501 – 600	1 (1,6 %)
601 – 700	3 (4,8 %)
1000	1 (1,6 %)
1800	1 (1,6 %)
Keine Angabe	6 (9,5 %)

KurzzeitnutzerInnen (bis drei Monate)	
0 – 100	23 (36,5 %)
101 – 200	14 (22,2 %)
201 – 300	8 (12,7 %)
301 – 400	2 (3,2 %)
401 – 500	1 (1,6 %)
601 – 700	1 (1,6 %)
1785	1 (1,6 %)
Keine Angabe	13 (20,6 %)

3.1. Häufigste Problemstellungen der die Einrichtungen aufsuchenden Migranten/ Migrantinnen	
Probleme mit Behördengängen	55 (87,3 %)
Konflikte mit Familienangehörigen	42 (66,7 %)
Umgang mit Schriftverkehr	55 (87,3 %)
Fehlende Kenntnisse über psychische Erkrankungen	48 (76,2 %)
Umgang mit psychischen Erkrankungen	52 (82,5 %)
Fehlende Sprachkenntnisse	41 (65,1 %)
Überschuldung	20 (31,7 %)
Fehlendes Wissen beim Aufsuchen von muttersprachlichen Psychotherapeuten, Psychiatern und Psychologen	38 (60,3 %)
Andere Problemstellungen	18 (28,6 %)
<ul style="list-style-type: none"> - fehlende muttersprachige Ärzte/innen, Therapeut/innen in erreichbarer Nähe (3x genannt) - Suchtprobleme (2x) - Erziehungsprobleme (2x) 	
Einfachnennungen:	
<ul style="list-style-type: none"> - wenig muttersprachige Hilfsangebote im psychiatrischen Bereich - Integrationsschwierigkeiten, z.B. aufgrund des mangelnden Verständnisses hier herrschender Werte, Normen, etc. * (bei denjenigen mit extremen Sprachschwierigkeiten) - kulturell bedingte Konflikte im Spannungsfeld der Herkunfts familie und der Lebenswirklichkeit hier - fehlende Tagesstruktur - Arbeitsplatzsuche - Probleme im Hinblick auf Asylanträge oder Duldung - Isolation - fehlende Definition der eigenen Probleme - Gewalterfahrung - Probleme bzgl. der Wohnung (Obdachlosigkeit) - Thema: Heimat, wie kann ich hier "Heimat" finden oder wie kann ich ins Ursprungsland zurück kommen. - Kontaktaufnahmen zu anderen Personen und Kontaktpflege 	

- Orientierungslosigkeit/ Perspektivlosigkeit,
- Imageverlust
- Bedrohung von Arbeitslosigkeit
- Ängste, Panikattacken, emotionale Instabilität und andere psychische Störungen (Psychose, Depressionen)
- Schwierigkeiten bei Kostenübernahme von Psychotherapie/ Fahrtkosten (bei Asylbewerbern)
- Fehlendes Wissen über das Hilfesystem
- Probleme mit der Scheidung

3.2. Angebote in der Sprache der Klienten/ Klientinnen

Ja	19 (30,2 %)
Nein	42 (66,7 %)
Keine Angabe	2 (3,2 %)

Die Einrichtungen haben Angebote in folgenden Sprachen:

Türkisch	13 (20,6 %)
Russisch	10 (15,9 %)
Polnisch	5 (7,9 %)
Englisch	6 (9,5 %)
Französisch	4 (6,3 %)
Spanisch	1 (1,6 %)
Niederländisch	4 (6,3 %)
Persisch	1 (1,6 %)
Arabisch	1 (1,6 %)
Kroatisch	1 (1,6 %)
Griechisch	2 (3,2 %)
Jugoslawisch	1 (1,6 %)

3.3. Eingestellte Fachkräfte mit Migrationshintergrund

Ja	33 (52,4 %)
Nein	30 (47,6 %)

Eingestellte Fachkräfte mit folgenden Sprachkenntnissen (außer Deutsch):

Türkisch	16 (25,4 %)
Russisch	12 (19,0 %)
Englisch	1 (1,6 %)
Rumänisch	1 (1,6 %)
Polnisch	14 (22,2 %)
Spanisch	4 (6,3 %)
Italienisch	1 (1,6 %)
Portugiesisch	1 (1,6 %)
Arabisch	2 (3,2 %)
Paschto (Afghanisch)	2 (3,2 %)
Niederländisch	2 (3,2 %)
Serbisch-kroatisch	2 (3,2 %)
Persisch	2 (3,2 %)
Griechisch	2 (3,2 %)
Kurdisch	1 (1,6 %)

3.4. Kulturspezifische Angebote in den Einrichtungen	
Ja	10 (15,9 %)
Nein	52 (82,5 %)
Keine Angabe	1 (1,6 %)

Folgende kulturspezifische Angebote:

- Kochen von jeweiligen nationalen Spezialitäten (4x genannt)
- Frauengruppe (2x)
- Türkischsprachkurs für Anfänger und Fortgeschrittene (kulturspezifische Veranstaltungen sind mit enthalten) (1x)
- Beratungsgespräche in türkischer Sprache (1x)
- Infoveranstaltungen (1x)
- regelmäßige Museums- und Ausstellungsbesuche (1x)
- Folkloregruppe (1x)
- Integrationsgruppe (1x)
- Kooperation mit griechischer Kirche und Gemeinde (BEWO) (1x)

3.5. Schriftlich ausgearbeitete Informationen für Migranten/ Migrantinnen	
Ja	8 (12,7 %)
Nein	54 (85,7 %)
Keine Angabe	1 (1,6 %)
Bereitschaft, diese Infos einer allgemein zugänglichen Datenbank zur Verfügung zu stellen	
Ja	10 (15,9 %)
Nein	1 (1,6 %)
Keine Angabe (da keine schriftlich ausgearbeitete Info vorhanden!)	52 (82,5 %)

3.7. Bereiche mit einem Bedarf zur spezifischen Unterstützung von Migranten/ Migrantinnen in den Einrichtungen	
Sachmittel	20 (31,7 %)
Sprachmittler	33 (52,4 %)
Fortbildungen	32 (50,8 %)
Dolmetscher	22 (34,9 %)
Supervisionen	12 (19,0 %)
Weiterbildungen	26 (41,3 %)
Personalmittel	33 (52,4 %)
Weitere Unterstützungen:	7 (11,1 %)
Einfachnennungen:	
<ul style="list-style-type: none"> - Sprachkurse für Migranten (BeWo); - Familienarbeit (BeWo); - Sachmittel und Personal zur Erteilung von Einzelsprache-Unterricht; - Kenntnis von muttersprachigen Ärzten und Therapeuten zwecks Weitervermittlung an Kliniken; - Ehrenamtliche mit Sprachkenntnissen; - BeWo: Vernetzung spezifischer Angebote der Behindertenhilfe für Migranten; - Begleitung durch das Hilfssystem 	

3.7. Infos für Migranten/ Migrantinnen auf der Website der Einrichtungen

Ja	6 (9,5 %)
Nein	55 (87,3 %)
Keine Angabe	2 (3,2 %)

4.1. Anteil der Migranten/ Migrantinnen an der Gesamtklientel

0 – 5 %	18 (28,6 %)
6 – 10 %	23 (36,5 %)
11 – 20 %	14 (22,2 %)
21 – 30 %	2 (3,2 %)
31 – 40 %	2 (3,2 %)
Keine Angabe	4 (6,3 %)

Der **durchschnittliche Anteil** der Migranten/ Migrantinnen an der Gesamtklientel beträgt **10,4 %**. Dieser Durchschnittswert wurde anhand der Angaben von **59** SPZs errechnet.

4.2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Bezug auf Migranten/ Migrantinnen in den Einrichtungen

Ja	27 (42,9 %)
Nein	35 (55,6 %)
Keine Angabe	1 (1,6 %)
Dokumentation und Statistik	18 (28,6 %)
Klientenbefragung	6 (9,5 %)
Regelmäßige Schulung tätiger Mitarbeiter	12 (19,0 %) (1 in Arbeit = 1,6 %)
Konzeptionelle Ausrichtung	12 (19,0 %) (1 in Arbeit = 1,6 %)

Sonstiges:

- Schulungen (3x genannt)
- Supervision (2x)

Einfachnennungen:

- Zuordnung sprachlich geeigneter Mitarbeiter
- Aufnahme ins Leitbild
- Zusammenarbeit mit SPKom Solingen wird intensiviert
- BeWo: Personalauswahl für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund
- Fortbildung usw.
- Vernetzung im Gemeinwesen, Kooperation-Sozialraum + Integrationsdienst Stadt Köln
- Die interkulturelle Öffnung wird durch Zusammenarbeit mit der Migrantenambulanz der Rh Kliniken und als Teil der Bergischen Fachstelle für Migration vorangetrieben.

4.3. Organisation der sprachlichen Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Klienten/ Klientinnen

Begleitperson der Patienten	46 (73,0 %)
Angehörige der Patienten	50 (79,4 %)
Mehrsprachige Mitarbeiter	30 (47,6 %)
Besonders geschulte Dolmetscher für diese Dienste	12 (19,0 %)
Sonstiges	13 (20,6 %)

Einfachnennungen:

- Begleitung oder Beratung findet in englischer oder französischer Sprache statt;
- Kooperation mit Migrantenberatung/Flüchtlingsberatung; Stellen-, Sekteninfo
- Zusammenarbeit mit Migrationsdienst;
- Wörterbuch;
- mehrsprachige Mitarbeiter von Migrationsdiensten als Provisorium: Dolmetscherdienst der Stadt;
- Manche Migranten sind mehrsprachig und es reichen die Englisch- bzw. Französischkenntnisse aus;
- In der Sektorklinik: über Migrationsbeauftragten/türk. stämmiger Psychologe als Mittler;
- deutsch, wenn es gar nicht geht; Angehörige oder Kollegen, die diese Fremdsprache sprechen;
- Verwaltungskräfte innerhalb der Einrichtung;
- Kollegen aus anderen Dienststellen vermitteln schon mal bei Sprachproblemen;
- Gesundheitszentrum für Migranten (Köln), Integrationsdienst (ASD) Stadt Köln (Mülheim);
- Zusammenarbeit mit dem Integrationsdienst der Caritas;
- z. Z. nur deutsch sprechende Migranten betreut.

4.4. Weitere Initiativen oder konkrete Veränderungen in den Einrichtungen

Ja	18 (28,6 %)
Nein	41 (65,1 %)
Keine Angabe	4 (6,3 %)

Einfachnennungen:

- Fortbildung über SPKoM? hat statt gefunden. Weiterer Termin ist geplant.
- Betreuung einer Notunterkunft für Migrant/innen
- Wir arbeiten in der PSAG an der Erstellung von mehrsprachigen Informationsbroschüren für psychisch kranke Menschen.
- Umsetzung eines Interkulturellen Konzeptes zur Öffnung der Einrichtung für Migranten.
- keine Initiative, aber: Während eines längeren Praktikums einer türkischen Sozialarbeiterin waren auch mehr türkischstämmige Personen mit psychischen Problemen anwesend. Mit Ende des Praktikums kam diese Klientel nicht mehr.
- In 2008 werden alle sozialpädagogischen Mitarbeiter des Diakonischen Werkes eine Fortbildung im Bereich "Arbeit mit Migranten" machen.
- Wir starten im Jahr 2007 mit dem neuen Projekt "Betreutes Wohnen für geistig-behinderte Menschen mit Migrationshintergrund" und neue russisch-sprachige Mitarbeiterin.

- Im Jahr 2007 haben bei PHG insgesamt ca. 15% der Mitarbeiter einen Migrationshintergrund.
- Team mit Mitarbeitern, die selbst mehrere Sprachen sprechen und sich mit Migrationsfragen beschäftigen.
- BeWo-Träger: bietet auf Wunsch Beratung in mehreren Sprachen; italienisch, arabisch, russisch + sozialraumorientierte Hilfsangebote für Stadtteil Alt-Kalk; Personalauswahl für Migranten; Vernetzung mit Familienhilfe.
- Intensivkurs Deutsch für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund ab 04/08 Kooperation mit Streetworkprojekt.
- Migrantenambulanz für türkisch- und russischsprachige Menschen, Erstkontakte in der Klinik, um die Hemmschwelle zu senken, Einzelbetreuung bei den ersten Besuchen.
- Wir haben- leider erfolglos- mehrere Anträge auf finanzielle Förderung einer Stelle im Bereich "Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund" gestellt.
- Institutsambulanz für Migranten, muttersprachl. Ärzte; Zusammenarbeit mit dem Gesundheitszentrum für Migranten, Beratungsstellen für Migranten
- Köln: Gesundheitswegweiser für Migranten; "Kiss" SH Gruppen für Migranten.
- Wir beziehen die Migrantenberatung unsers Trägers mit ein. Wir arbeiten mit dem Caritas Haus International zusammen, die auch dolmetschen können. Wir arbeiten uns in die kulturellen und religiösen Gepflogenheiten fallbezogen ein.
- Arbeitskreis Migration, Unterstützung von Migranten- Familien mit Kleinkindern und Jugendamt. Seitdem wir seit 07/2006 mit 4 MitarbeiterInnen mit eigenem Migrationshintergrund in unserer Einrichtung arbeiten, ist die Zahl der Klienten gestiegen.

In Planung ist die Übersetzung unserer Informationen, die Zusammenarbeit mit den Verbänden und Vereinen der eingewanderten Bürgerinnen und Bürger und anderen.

4.5a Gleiche Inanspruchnahme für Migranten/ Migrantinnen und einheimische Klienten/ Klientinnen möglich?

Mehrfach gemachte Anmerkung: Inanspruchnahme aller Angebote abhängig von der sprachlichen Verständigungsfähigkeit!

Ferner von der Kooperation und informativen Zusammenarbeit mit anderen Institutionen.

	Ja	Nein	Keine Angabe
Beratung	44 (69,8 %)	13 (20,6 %)	6 (9,5 %)
Ambulant betreutes Wohnen	45 (71,4 %)	9 (14,3 %)	9 (14,3 %)
Sozialpsychiatrischer Dienst	18 (28,6 %)	2 (3,2 %)	43 (68,3 %)
Ambulante psychiatrische Pflege	14 (22,2 %)	2 (3,2 %)	47 (74,6 %)
Integrationsfachdienst	22 (34,9 %)	7 (11,1 %)	34 (54,0 %)
Wohnheime	18 (28,6 %)	5 (7,9 %)	40 (63,5 %)
Integrationsfirma (Werkstatt für behinderte Menschen)	11 (17,5 %)	2 (3,2 %)	50 (79,4 %)
Ambulante medizinische Behandlung	6 (9,5 %)	2 (3,2 %)	55 (87,3 %)
Tagesklinik	6 (9,5 %)	2 (3,2 %)	55 (87,3 %)
Andere Leistungen:	32 (50,8 %)	2 (3,2 %)	29 (46,0 %)
- Tagesstätte (23x genannt)			

- Kontakt- und Beratungsstelle (4x)
- Kontaktstelle (4x)
- Treffpunkt (2x)
- Arbeitstherapie / Arbeitstraining (2x)
- Zuverdiensteinrichtung (2x)

Einfachnennungen:

- Demenzgruppe
- Begleitender Dienst
- Betreuungsverein
- Niedrigschwellige Eingliederungshilfen Stadt Köln über APP-Träger
- Krisendienst
- Offene Angebote zur Tagesstruktur
- ASD
- SPZ
- ambulant aufsuchender Dienst
- niedrigschwellige Angebote
- Tageszentrum

4.5.b Interesse für die Ergebnisse der Befragung?

Ja	61 (96,8 %)
Nein	2 (3,2 %)

4.5.c Einverständnis für die Veröffentlichung (Punkt 1 und 3)

Ja	46 (73,0 %)
Nein	10 (15,9 %)
Keine Angabe	7 (11,1 %)

Anhang IX: Auswertung der Befragung zu migrationsspezifischen Angeboten in der Gemeindepsychiatrie – Schwerpunkt SPKoM

Initiiert vom Arbeitskreis Integration der LVR-Kliniken und den SPKoM im Rheinland

In dieser Auswertung wurden nur die Fragebögen der drei rheinischen SPKoM berücksichtigt:

- Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration (SPKoM) Duisburg
- Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration (SPKoM) Bergisches Land
- Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration (SPKoM) Köln

1.2. Integrationsbeauftragte/r für migrationsspezifische Angebote in den Einrichtungen	
SPKoM Köln	Arif Ünal
SPKoM Duisburg	Sevgi Firat
SPKoM Bergisches Land	Martin Vedder

	SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
Beratung	ja	ja	ja
Ambulant betreutes Wohnen	ja	ja	ja
Sozialpsychiatrischer Dienst			
Ambulante psychiatrische Pflege			
Integrationsfachdienst		ja	ja
Wohnheime			ja
Integrationsfirma (Werkstatt für behinderte Menschen)		ja	ja
Ambulante medizinische Behandlung			ja
Tagesklinik			ja
Andere Leistungen: Vermittlung Prävention	ja ja ja	ja	ja

Öffentlichkeitsarbeit	ja		
Psychologische Unterstützung	ja		
Fortbildung der Fachkräfte	ja		
Tagesstätte		ja	
Treffpunkt		ja	
Krisendienst		ja	

2.2. Anzahl der NutzerInnen der Einrichtungen pro Jahr			
	SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
LangzeitnutzerInnen (ab drei Monate)	477	260	350
KurzzeitnutzerInnen (bis drei Monate)	165	260	300
Anmerkung SPKoM Köln: Einmalige Angebote wie Informationsveranstaltungen und Fortbildungen nutzen ca. 3.000 Personen / Jahr.			

3.1. Häufigste Problemstellungen der die Einrichtungen aufsuchenden Migranten/ Migrantinnen			
	SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
Probleme mit Behördengängen	ja	ja	ja
Konflikte mit Familienangehörigen	ja	ja	
Umgang mit Schriftverkehr	ja	ja	ja
Fehlende Kenntnisse über psychische Erkrankungen	ja	ja	ja
Umgang mit psychischen Erkrankungen	ja	ja	ja
Fehlende Sprachkenntnisse	ja	ja	ja
Überschuldung	ja	ja	
Fehlendes Wissen beim Aufsuchen von muttersprachlichen Psychotherapeuten, Psychiatern und Psychologen	ja	ja	ja
Andere Problemstellungen: Aufenthaltsrechtliche Probleme Probleme mit den Behörden der Türkei, z.B. Befreiung vom Militärdienst wg. einer Erkrankung oder Passbeschaffung fehlendes Wissen über das Hilfssystem Probleme mit der Scheidung Überforderung mit der Kindererziehung Fehlende Definition der eigenen Probleme	ja ja ja ja ja ja ja	ja	nein

3.2. Angebote in der Sprache der Klienten/ Klientinnen

SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
ja	ja	nein
Türkisch	Türkisch	
Russisch	Russisch	
Englisch		

3.3. Eingestellte Fachkräfte mit Migrationshintergrund

(Eingestellte Fachkräfte mit folgenden Sprachkenntnissen (außer Deutsch)):

SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
Türkisch	Türkisch	Türkisch
Russisch	Russisch	Russisch
Englisch		

3.4. Kulturspezifische Angebote in den Einrichtungen

SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
ja	ja	nein
alle	Beratungsgespräche in türkischer Sprache	
	Frauengruppe	
	Infoveranstaltungen	

3.5. Schriftlich ausgearbeitete Informationen für Migranten/Migrantinnen

SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
ja	ja	in Vorbereitung
Bereitschaft, diese Infos einer allgemein zugänglichen Datenbank zur Verfügung zu stellen		
SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
ja	ja	ja

3.6. Bereiche mit einem Bedarf zur spezifischen Unterstützung von Migranten/ Migrantinnen in den Einrichtungen

	SPKoM Köln	SPKoM Duis- burg	SPKoM Bergi- sches Land
Sachmittel	ja	ja	
Sprachmittler			ja
Fortbildungen		ja	ja
Dolmetscher			ja
Supervisionen		ja	
Weiterbildungen			ja
Personalmittel	ja	ja	ja
Weitere Unterstützungen:	nein	nein	nein

3.7. Infos für Migranten/ Migrantinnen auf der Website der Einrichtungen

SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
nein	ja	nein

4.1. Anteil der Migranten / Migrantinnen an der Gesamtklientel

SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
99 %	15 %	22 %

**Zusatzinfo: Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung an der Bevölkerung
der jeweiligen Stadt**

Köln	Duisburg	Solingen, Kreis Mettman, Remscheid, Wuppertal
16,9 %	16,5 %	12,58

Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, 2006

Statistisches Jahrbuch Köln, 2006: Einwohner mit Migrationshintergrund: 31,4 %

4.2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Bezug auf Migranten/Migrantinnen in den Einrichtungen

	SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergi- sches Land
Dokumentation und Statistik	ja	ja	ja
Klientenbefragung			
Regelmäßige Schulung tätiger Mitarbeiter	ja	ja	ja
Konzeptionelle Ausrichtung			
Sonstiges			Aufnahme ins Leitbild

4.3. Organisation der sprachlichen Kommunikation mit nicht- deutschsprachigen Klienten/ Klientinnen

	SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
Begleitperson der Patienten			ja (in Notfällen)
Angehörige der Patienten			
Mehrsprachige Mitarbeiter	ja	ja	ja
Besonders geschulte Dolmetscher für diese Dienste			ja
Sonstiges			mehrsprachige Mitarbeiter von Migrationsdiensten; als Provisorium: Dolmetscherdienst der Stadt

4.4. Weitere Initiativen oder konkrete Veränderungen in den Einrichtungen

SPKoM Köln	Wir werden in Kürze die Betreuung und Begleitung der chronisch psychisch kranken Flüchtlinge in den Flüchtlingswohnheimen ohne feststehenden Aufenthaltstatus beginnen.
SPKoM Duisburg	Wir starteten im Jahr 2007 mit dem neuen Projekt "Betreutes Wohnen für geistig-behinderte Menschen mit Migrationshintergrund" und neue russisch-sprachige Mitarbeiterin.
SPKoM Bergisches Land	Umsetzung eines Interkulturellen Konzeptes zur Öffnung der Einrichtung für Migranten

4.5a Gleiche Inanspruchnahme für Migranten/ Migrantinnen und einheimische Klienten/ Klientinnen möglich?

	SPKoM Köln (Anmerkung: alle hiesigen Angebote sind speziell für Menschen mit Migrationshintergrund)	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
Beratung		ja	nein
Ambulant betreutes Wohnen		ja	nein
Sozialpsychiatrischer Dienst		keine Angabe	keine Angabe
Ambulante psychiatrische Pflege		k.A.	k.A.
Integrationsfachdienst		nein	nein
Wohnheime		k.A.	nein
Integrationsfirma (Werkstatt für behinderte Menschen)		k.A.	nein
Ambulante medizinische Behandlung		k.A.	ja
Tagesklinik		k.A.	ja
Andere Leistungen:		Tagesstätte	Tagesstätte Treffpunkt Krisendienst

4.5.b Interesse für die Ergebnisse der Befragung?

SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
ja	ja	ja

4.5.c Einverständnis für die Veröffentlichung (Punkt 1 und 3)		
SPKoM Köln	SPKoM Duisburg	SPKoM Bergisches Land
ja	ja	ja