

Anders und doch gleich



Workshop des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
zur Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten



Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover
als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Sozialpsychiatrische Schriften Band 3

Anders und doch gleich

**Workshop des Sozialpsychiatrischen Dienstes
der Region Hannover
zur Versorgung psychisch kranker
Migrantinnen und Migranten**

Dokumentation der Veranstaltung
im Kargah Haus Hannover am 2. Dezember 2009

Inhalt

Interkulturelle Kompetenz im Sozialpsychiatrischen Dienst Eine Einführung (<i>Thorsten Sueße</i>).....	4
Leitstelle für Integration in der Region Hannover	9
Kulturelle Dimensionen als Erklärungsmuster (<i>Helga Barbara Gundlach</i>)	11
Wer versteht schon diese Familien? Ressourcen und Schwierigkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien im Kontext der Psychiatrie (<i>Ahmet Kimil, Hans-Peter Waldhoff, Ramazan Salman</i>)	26
Besondere Aspekte in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund (<i>Marc Ziegenbein, Iris Tatjana Calliess,</i> <i>Wielant Machleidt, Marcel Sieberer</i>).....	45
Flüchtlinge mit posttraumatischer Belastungsstörung: Krisenintervention und Begutachtung Kontext- und traumaspezifische Krisen – Für und Wider der Begutachtung (<i>Hajo Engbers</i>)	59
Ambulante sozialpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten Ein Erfahrungsbericht (<i>Arif Ünal</i>)	76
Ausblick (<i>Lothar Schlieckau</i>)	91
Programm des Workshops „Anders und doch gleich“ vom 2. Dezember 2009	94
Autorenverzeichnis	96

Interkulturelle Kompetenz im Sozialpsychiatrischen Dienst

Eine Einführung

von Thorsten Sueße

Der vorliegende Band 3 der Sozialpsychiatrischen Schriften widmet sich wie der vorherige Band der Thematik der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten, aber dieses Mal speziell aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover.

Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwende ich häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer *und* Frauen gemeint sind.

Am 2. Dezember 2009 fand für alle Regionsmitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur oben genannten Thematik ein ganztägiger Workshop mit dem Titel „Anders und doch gleich“ im interkulturellen Veranstaltungszentrum „Kargah Haus“ in Hannover-Linden, einem Stadtteil mit traditionell hohem Migrantenanteil, statt. Dabei sollten der Veranstaltungsort und das iranische Mittagsbuffet bereits sinnlich auf die interkulturelle Themenstellung einstimmen. Die einzelnen Fachvorträge waren gedacht als unterschiedliche Bausteine des übergeordneten Themas interkulturelle Kompetenz.

Diese Broschüre geht noch über die Dokumentation des Workshops hinaus, indem sie die mündlichen Vorträge der Referenten jeweils in einer (ausführlicheren) Schriftform wiedergibt.

Mir persönlich erschien für einen derartigen Workshop unseres Dienstes der Zeitpunkt gerade richtig, zumal in den Jahren zuvor bereits einiges auf die zunehmende Wichtigkeit der Thematik hingewiesen hatte. Im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie stellten im Mai 2006 die Leiter der Hannoverschen Flüchtlingswohnheime ihre großen Probleme im Umgang mit psychisch kranken Bewohnern vor. Einige der in ihren Verhaltenweisen sehr auffälligen Flüchtlinge (z. B. aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung) erhielten aus verschiedenen Gründen nicht die benötigte ambulante psychiatrische Versorgung.

Die im Oktober 2006 gegründete Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes beschäftigte sich unter anderem mit der Situation in den Flüchtlingswohnheimen und setzte sich im Austausch mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst für Lösungsmöglichkeiten ein, wobei die ambulante Versorgungssituation bis heute noch nicht ausreichend ist. Die Fachgruppe

beschloss darüber hinaus, die sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migranten in der Region Hannover allgemein zu erfassen.

Ergebnis war eine mit Hilfe des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover erstellte umfassende wissenschaftliche Studie, die im Dezember 2008 als Band 2 der Sozialpsychiatrischen Schriften veröffentlicht wurde (siehe dort).

Die folgende Tabelle gibt eines der Studienergebnisse wieder. Dabei handelt es sich um die Anzahl der in den verschiedenen Institutionen betreuten Migranten im Jahr 2006 (die Prozentangaben beziehen sich auf den jeweiligen Anteil betreuter Migranten innerhalb der jeweiligen Gruppe von Versorgungseinrichtungen).

Tabelle 1: Anzahl betreuter Migranten/prozentualer Anteil

Art der Versorgungseinrichtung	Anzahl	Anteil
Migrationsfachdienste	854	99 %
Psychiatrische Krankenhäuser (vollstationäre Behandlung)	2.669	17 %
Psychiatrische Institutsambulanzen und Tageskliniken	743	15 %
Sonstige Beratungsstellen (u.a. Sucht, Demenz, sexueller Missbrauch)	436	11 %
Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes	550*	9 %*
Ambulant betreutes Wohnen, psychiatrische Wohnheime, Altenheime	275	9 %
Ergotherapie, Reha-Einrichtungen (Integrationsfirmen, RPK, WfbM)	40	8 %
Tagesstätten und Kontaktstellen	37	7 %
Ambulante psychiatrische Pflegedienste	9	3 %

* Angaben beziehen sich nur auf Personen mit ausländischer oder ohne Staatsangehörigkeit

Aus der Studie nahm ich interessiert zur Kenntnis, dass Migranten – gemessen an ihrem prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung in der Region Hannover – unsere Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen nur in unterdurchschnittlichem Ausmaß aufsuchen.

Als mögliche Ursachen hatte ich verschiedene Hypothesen vor Augen:

- Diejenigen Migranten, die sich vorrangig an den kulturellen Werten ihres Heimatlandes orientieren und ambulante sozialpsychiatrische Einrichtungen aus ihrem Heimatland nicht kennen, ziehen möglicherweise Sozialpsychiatrische Beratungsstellen als hilfreiche Unterstützung für sich gar nicht in Betracht oder stehen ihnen vielleicht sogar ablehnend gegenüber.
- Psychisch kranke Migranten könnten sich zudem von den Fachkräften unserer Beratungsstellen nicht nur sprachlich, sondern auch in ihrem Werteverständnis („kulturell“) unverstanden fühlen.

Mit den Hypothesen setzten wir uns im Sozialpsychiatrischen Dienst auseinander und zogen daraus Konsequenzen. Eine unserer Bemühungen bestand darin, gezielt Migranten über die Hilfsangebote der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und ihrer Schnittstellenpartner zu informieren, um damit Berührungspunkte abzubauen. Eine andere Überlegung war die Förderung interkultureller Kompetenz im Sozialpsychiatrischen Dienst, wobei natürlich nicht außer Acht gelassen werden darf, dass der Sozialpsychiatrische Dienst schon immer einen Anteil von psychisch kranken Migranten betreut und sich insofern bereits diverse Strategien zur hilfreichen Unterstützung dieser Klientel erarbeitet hat.

Es erfolgten Kontakte des Sozialpsychiatrischen Dienstes zum sog. „MiMi“-Projekt („Mit Migranten für Migranten“). Das „MiMi“-Projekt bildet Mediatoren mit Migrationshintergrund dafür aus, dass sie in der Lage sind, ihrerseits Migranten durch das deutsche Gesundheitssystem zu lotsen. Im Mai 2009 übernahm der Sozialpsychiatrische Dienst eine Schulung der „MiMi“-Mediatoren“ mit dem Thema: „Der Sozialpsychiatrische Dienst in der Region Hannover – Beratungsstrukturen und Versorgung vor Ort“.

Im Gegenzug unterstützen uns die „MiMi“-Mediatoren mittels Kontaktherstellung und persönlicher Moderation dabei, dass sich einzelne Sozialpsychiatrische Beratungsstellen mit ihrem Hilfsangebot direkt der Zielgruppe von Migranten ihres Einzugsbereiches vorstellen können. „Pilot“-Beratungsstellen, die sich an diesem Kooperationsprojekt beteiligten, waren die Beratungsstellen in Neustadt und der Deisterstraße. Eine erste derartige Veranstaltung im November 2009 überraschte uns damit, dass die eingeladenen Migranten überhaupt nicht erschienen. Über die Ursachen (möglicherweise Ort, Zeit oder Thema falsch gewählt?) haben wir uns bereits Gedanken gemacht, um daraus Anregungen für die Folgeveranstaltungen abzuleiten. Es bleibt also spannend, wie sich das Projekt weiter entwickelt.

Wird der Anteil von Migranten, die die Angebote unserer Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover in Anspruch nehmen, in den nächsten Jahren steigen? Und wenn ja, wird das darauf zurückzuführen sein, dass wir entsprechende Aufklärungsarbeit geleistet und uns um vermehrte eigene interkulturelle Kompetenz bemüht haben? Und wäre die Zunahme von Beratung und Behandlung der genannten Klientel durch den (grundsätzlich nachrangig zuständigen) Sozialpsychiatrischen Dienst überhaupt als Erfolg für die Kommune zu werten?

Zurück zum Workshop vom 2. Dezember 2009 und der vorliegenden Broschüre. Der erste Teil beschäftigt sich zunächst mit Grundsätzlichkeiten:

- Die Region Hannover verfügt über die in Niedersachsen größte „Leitstelle für Integration“, deren Aufgaben hier kurz skizziert werden.
- Es folgt ein Grundlagenreferat zu „kulturellen Dimensionen als Erklärungsmuster“ von Helga Barbara Gundlach, Trainerin und Prüferin Xpert Culture Communication Skills und Lehrbeauftragte der Universität Hannover, bei der auch ich in der Zeit von 2006 bis 2007 einen insgesamt 12-tägigen Lehrgang „Interkulturelle Kompetenz“ zum „Interkulturellen Beauftragten im Betrieb“ absolviert habe.
- Ahmet Kimil, Psychologe mit türkischem Migrationshintergrund am Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover, beschäftigt sich in seinem Artikel (zusammen mit seinen Koautoren) mit den Problemen in Migrantenfamilien zwischen Generationen und Geschlechtern.

Der zweite Teil der Broschüre widmet sich mehr dem Spezifischen:

- Marc Ziegenbein, Leitender Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, geht mit seinen drei Koautoren auf besonders zu berücksichtigende Symptome und Behandlungsaspekte bei psychisch Kranken mit Migrationshintergrund ein.
- Über Beachtenswertes bei Krisenintervention und Begutachtung von Flüchtlingen mit posttraumatischer Belastungsstörung berichtet Hajo Engbers, Psychologe bei REFUGIO Kiel, einem Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern.

- Arif Ünal, Leiter des Gesundheitszentrums für MigrantInnen in Köln, ebenfalls mit türkischem Migrationshintergrund, informiert über Erfahrungen aus einer anderen deutschen Großstadt bei der ambulanten sozialpsychiatrischen Regelversorgung psychisch kranker Migranten.

Die Broschüre schließt mit einer in die Zukunft gerichteten Betrachtung der Thematik von Lothar Schlieckau in seiner Funktion als Psychiatriekoordinator der Region Hannover.

Wenn ich schon der Auffassung bin, dass interkulturelle Kompetenz als fachliche Grundlage für alle Teammitglieder des Sozialpsychiatrischen Dienstes zunehmend wichtig wird, stellt sich am Ende dieser Einführung noch die Frage, was interkulturelle Kompetenz überhaupt ist. Eine schlüssige Definition habe ich in der freien Internet-Enzyklopädie Wikipedia gefunden:

„Interkulturell kompetent ist eine Person, die bei der Zusammenarbeit mit Menschen aus ihr fremden Kulturen deren spezifische Konzepte der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und Handelns erfasst und begreift. Frühere Erfahrungen werden frei von Vorurteilen miteinbezogen und erweitert, die Bereitschaft zum Dazulernen ist ausgeprägt.“

Ich wünsche mir, dass es dieser Broschüre gelingt, dem Leser die im Workshop vermittelten Fachinhalte und Diskussionspunkte anschaulich zu vermitteln.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Thorsten Sueße
Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
Weinstraße 2
30171 Hannover
thorsten.suesse@region-hannover.de

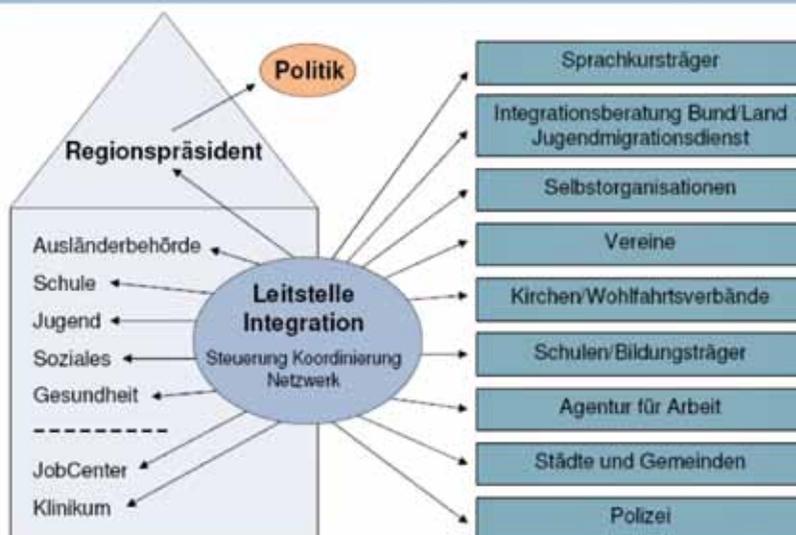
Leitstelle für Integration in der Region Hannover

Die landesweit größte von 15 vom Niedersächsischen Ministerium für Inneres, Sport und Integration eingerichteten kommunalen Leitstellen für Integration ist in der Region Hannover mit Simone Thomaschewsky besetzt.

Die Aufgaben der Leitstelle sind aufgrund der großen Anzahl unterschiedlicher Zielgruppen und der vielfältigen Handlungsfelder sehr breit gefächert. Die Leitstelle soll koordinierend und steuernd sowohl nach innen in die Regionsverwaltung als auch nach außen im gesamten Regionsgebiet wirken. Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund am sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben.

Handlungsfelder der Leitstelle sind unter anderem:

- Ausbau und nachhaltige Sicherung einer Netzwerksstruktur für Integration in der Region Hannover
- Schaffung von Transparenz über Integrationsangebote und Fördermöglichkeiten
- Feststellung von Integrationsdefiziten und Abbau von Integrationshemmnissen im sozialen, schulischen, wirtschaftlichen und administrativen Bereich in enger Zusammenarbeit mit den regionsangehörigen Städten und Gemeinden und den Fachbereichen der Regionsverwaltung
- Förderung der interkulturellen Öffnung und Stärkung der interkulturellen Kompetenz in der Verwaltung
- Förderung des ehrenamtlichen Engagements
- Werbung für Integration, kulturelle Vielfalt, Offenheit und Verständigungsbereitschaft durch Öffentlichkeitsarbeit
- Betreuung des Fonds „Miteinander – Gemeinsam für Integration“, mit dem die Region Hannover ab 2009 jährlich 150.000 Euro für die Förderung von Integrationsprojekten zur Verfügung stellt



Anschrift:

Region Hannover
Team Gleichstellung
Leitstelle für Integration
Hildesheimer Straße 20
30169 Hannover

Kulturelle Dimensionen als Erklärungsmuster

von Helga Barbara Gundlach

Vorbemerkung

Der Vortrag war bewusst so gestaltet, dass er die Zuhörenden sehr persönlich erreichen und zur Selbstreflexion anregen sollte. Daher ist er hier auch in der direkten Ansprache des Publikums bzw. Ich-Form der Autorin wiedergegeben, um auch den Lesenden einen ähnlichen Eindruck zu vermitteln.

Vorwort

Vielen Dank für die Einladung bei Ihnen über sog. Kulturelle Dimensionen zu sprechen und Herzlich Willkommen liebes *Interkulturelles* Publikum!

Interkulturalität bezieht sich meist, aber eben nicht nur auf „AusländerInnen“ oder Deutsche mit Migrationshintergrund oder Zuwanderungsgeschichte, die in diesem Team (noch?) – verglichen mit dem Bevölkerungsdurchschnitt – eher gering repräsentiert sind. Interkulturell sind Sie daher durchaus bezüglich Ihren jeweiligen kulturbedingten Prägungen, Ihrem Denken und Handeln und somit auch Ihrem Kommunikationsverhalten und Ihrer Erwartungshaltung an ihr Gegenüber. Da gibt es eben nicht nur unterschiedliche Prägungen nach Nation oder Ethnie, sondern auch nach Region, Stadt oder Land, sozialem Milieu, Berufen der Eltern, eigenen Schul- und Ausbildungserfahrungen, Berufsgruppen usw.¹

Oder anders gesagt:

Welches Raumverhalten haben Sie in Ihrer Familie erlernt?

Wurden Sie eher kollektivistisch oder individualistisch geprägt?

Kommunizieren sie mehr direkt oder indirekt?

Welche Ausprägung der Machtdistanz wurde Ihnen in der Schule, Hobby, Ausbildung beigebracht?

Sind Sie eher ein mono- oder polychroner Typ?

Wie steht es mit Ihrem Grad der Unsicherheitsvermeidung?

Welchen Umgang mit Geschlechterrollen haben Ihnen Ihre Eltern vorgelebt?

Sind Sie sensibel für diese Unterschiede? Kennen Sie sie überhaupt? Was kann man mit den gerade genannten Kulturdimensionen anfangen?

¹ So verstanden kann man den Begriff der Interkulturalität auch in Verbindung mit *Diversity* (wörtl. Vielfalt) bzw. *Diversity Management* bringen, ein Ansatz der zunehmend auch in Deutschland in Behörden und Non-Profit-Unternehmen diskutiert wird (Ursprung Wirtschaftsbereich in den USA), siehe auch die von der Bundesregierung unterstützte *Charta der Vielfalt*.

Inhaltsübersicht

Wir werden natürlich klären was Kulturelle Dimensionen sind, in welchen Bereichen sie angewandt werden und was dabei zu beachten ist.

Damit geht untrennbar einher, dass wir uns darüber klar werden müssen, welchen Ansatz von Interkultureller Kompetenz wir zu Grunde legen.

Einige Beispiele sollen das für Ihre Praxis illustrieren.

Ich beanspruche für mich nicht, dass ich Ihnen allen mit jedem Wort genial Neues erzähle.

Einige werden mehr – andere weniger Vorwissen haben. Einige arbeiten vielleicht schon länger aus dem Bauch heraus ganz gut und lernen heute etwas über den entsprechenden theoretischen Hintergrund.

Andere sind für das Thema noch nicht so sehr sensibilisiert, vielleicht weil Sie meinten Interkulturelle Kompetenz sei etwas anderes und/oder hätte mit Ihnen nichts zu tun.

Exkurs: Menschen mit Migrationshintergrund haben nicht automatisch Interkulturelle Kompetenz. Auch sie müssen das Erlebte reflektieren, können dies aber manchmal leichter oder schneller, als Menschen, die über keinerlei solcher Erlebnisse, z. B. durch berufliche Auslandserfahrungen, verfügen. Allerdings gibt es auch MigrantInnen, die sich bewusst oder unbewusst nicht mit ihrer Geschichte beschäftigen möchten, da die Erlebnisse z. B. zu schmerzhaft sind. Gerade im Prozess der Interkulturellen Öffnung eines Betriebes – insofern Mitarbeitende mit Migrationshintergrund eingestellt werden sollen – ist dies zu bedenken. Häufig gibt es nämlich die Annahme, man kaufe sich mit MigrantInnen automatische Interkulturelle Kompetenz und Sprachkompetenz ein. Auch letzteres ist nicht automatisch der Fall. Insbesondere die nachfolgenden Generationen verfügen nicht mehr alle über die Sprachkenntnisse Ihrer Vorfahren. Sei es, dass ihre Eltern bewusst mit den Kindern zu Hause Deutsch sprachen, um ihnen eine bessere Integration zu ermöglichen (eher in gehobenen Bildungsschichten) oder dass sie aus Gründen der Identifikation mit der neuen Kultur, in der sie aufgewachsen sind, sich bewusst von der Herkunftskultur der Vorfahren abgewandt haben.

Ich verstehe meine Aufgabe so, mit Ihnen auf ein paar Grundlagen zu schauen um damit eine gemeinsame Basis im Verständnis von Interkultureller Kompetenz des Teams der Gemeindepsychiatrie und der Region insgesamt zu festigen.

Sprach- und Kulturgrammatik oder Erlernte Kultur – lernbare Kultur

Nun habe ich mit den vorangegangenen Fragen nach Ihren Dimensionen sicher einige Fragen aufgeworfen und bevor ich dazu was sage, kommt gleich noch eine Frage:

*Warum werden in der deutschen Sprache im Perfekt manche Partizipien mit „sein“ und manche mit „haben“ konjugiert?
(eine Frage an alle deutschen Muttersprachler/innen!)*

[Reaktionen im Publikum: Schweigen, irritierte Gesichter. Mögliche Interpretation: Was hat das mit dem Thema zu tun? Ich habe die Frage nicht verstanden. Ich habe die Frage zwar verstanden, aber weiß keine Antwort.]

Ein Beispiel: Niemand von Ihnen sagte heute Morgen: „Ich bin lange einen Parkplatz gesucht“ oder „Ich habe extra mit dem Fahrrad gekommen“.

Die Regel ist - abgesehen von Ausnahmen - ganz einfach: Verben der Bewegung werden mit „sein“ konjugiert, andere Verben mit „haben“. Gut möglich, dass Sie die Regel noch nie gehört oder wieder vergessen haben oder nur in Zusammenhang mit anderen Sprachen kennen. Sie brauchen als MuttersprachlerIn die Regel gar nicht zu kennen. Sie haben die Sprache von klein auf gelernt und wurden korrigiert, bis Sie die Sprache als normal verinnerlicht hatten. Auf Nachfrage würden Sie sagen, „das ist eben so“ oder „das wäre sonst falsch“. Ebenso wachsen wir in eine Kultur hinein (Prozess der Enkulturation) und erlernen damit die Werte und Normen, Verhaltensweisen und Kommunikationsformen. Diese betrachten wir dann ebenso als „normal“. Auf Nachfrage bei Verstößen gegen bestimmte Verhaltensweisen, z. B. halbstündiges „Zuspät“-Kommen zur Dienstbesprechung, würden wir z. B. sagen „das ist aber unhöflich“ oder „das tut man nicht“.

*„Wenn Kultur gelernt wird, bedeutet das, dass man sie lehren kann.“
(Edward T. Hall)*

Nur dadurch, dass sowohl Sprache als auch Kultur erlernt werden – also nicht angeboren sind – können wir sie zu einem späteren Zeitpunkt überhaupt erlernen. Diese Grundannahme ist die Voraussetzung für jedes interkulturelle Training – und damit auch meines Vortrages –, denn sonst wäre ein Nachvollziehen, Verstehen und Erlernen anderer Denkvorstellungen und Verhaltensweisen

gar nicht möglich. Und statt Konjugation und Deklination gibt es in der sog. Kulturgrammatik einzelne Kulturdimensionen, andere Autoren sprechen von kulturellen Standards.

Erste Forschungen zu den Kulturdimensionen gehen in die 1950er Jahre zurück, verstärkt dann ab den 70/80ern.² Eine der bekanntesten Studien ist die von Hofstede, der weltweit IBM-Mitarbeitende befragte und daraufhin vier Dimensionen begründete.³ Wenn Sie „Kulturdimensionen“ googeln kommen Sie auch heute nicht an ihm vorbei. Sein Fokus lag und liegt auf der internationalen Wirtschaft. Und dort begann man auch mit Interkulturellen Trainings, denn Missverständnisse und Konflikte kosten Geld, das galt und gilt es zu vermeiden.

Verschiedene Ansätze Interkultureller Trainings

Was ist nun eigentlich Interkulturelle Kompetenz? Was passiert in einem Interkulturellen Training? Welche verschiedenen Ansätze gibt es? Diese Definitionen und Ansätze wirken sich nämlich darauf aus, wie die Dimensionen genutzt werden können oder ob der Gebrauch u. U. sogar kontraproduktiv ist.

a) International (beruflicher oder privater Auslandsaufenthalt)

Sie arbeiten nicht in einem global operierenden Konzern, wie im obigen Beispiel. Aber stellen wir uns vor, die Region Hannover würde Sie aufgrund einer Städtepartnerschaft o. ä. für drei Jahre nach Saudi-Arabien schicken um dort ein Team der Gemeindepsychiatrie nach unserem Vorbild aufzubauen.

Vermutlich würde Sie die Region Hannover vorab irgendwo zu einem Interkulturellen Training mit dem Zusatz *für den arabischen Raum* schicken. Sie würden dort lernen wie Sie sich in einer Besprechung, bei Mitarbeiterführung, Klientengesprächen, im Restaurant aber auch privaten Einladungen zu verhalten haben.

² Namhafte Forscher und Forscherinnen niederländischer und US-amerikanischer Herkunft sind Edward T. Hall, Geert Hofstede, Florence Kluckhohn, William Gudykunst, Fons Trompenaars.

Sie benutzten verschiedenen Herangehensweisen: z.B. der niederländische Sozialwissenschaftler Geert Hofstede die quantitative Methodik, der amerikanische Kulturanthropologe Edward T. Hall, der französische Soziologe d'Iribarne und der niederländische Kulturforscher F. Trompenaars eher qualitative Methoden.

³ Hofstede, Geert: Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. München 2001, DTV.

Sie würden lernen, die Schuhe in Privaträumen auszuziehen, nicht die linke Hand zu benutzen – weder zum Essen noch um Geschenke zu übergeben –⁴, familiäre und Stammesstrukturen zu berücksichtigen, nicht auf deutsche Pünktlichkeit zu bestehen, und was *Inshallah* (in etwa „So Gott will“) bedeutet. Sie würden womöglich auch lernen – um mit den Kulturdimensionen zu sprechen – dass die *Arabische Welt* eine große Machtdistanz und große Unsicherheitsvermeidung auszeichnet, sowie ein recht starker Kollektivismus.⁵

Insgesamt würden Sie bei der Vorbereitung auf einen beruflichen oder privaten Auslandseinsatz lernen, wie „Die Anderen so sind“ und was Sie tun können damit Ihr Auftrag für Sie gut klappt, indem Sie z. B. typische Fettnäpfchen vermeiden und „erfolgreiche“ Strategien zum Umgang mit den Fremden einüben. Mit Ihnen selbst hat das oft wenig zu tun.

Und obwohl die Teilnehmenden meiner Trainings meist nicht ins Ausland gehen, wollen viele ebenso gerne derartige Patentrezepte für „Die Anderen“.

In unserem Fall mit Ihrem fiktiven Saudi-Arabien-Einsatz ist die Chance relativ groß, dass der Araber, auf den Sie treffen, tatsächlich mehr oder weniger so ist, wie im Training gelernt,

da der Araber in Arabien angetroffen wird und vielleicht sein ganzes Leben dort verbracht hat.

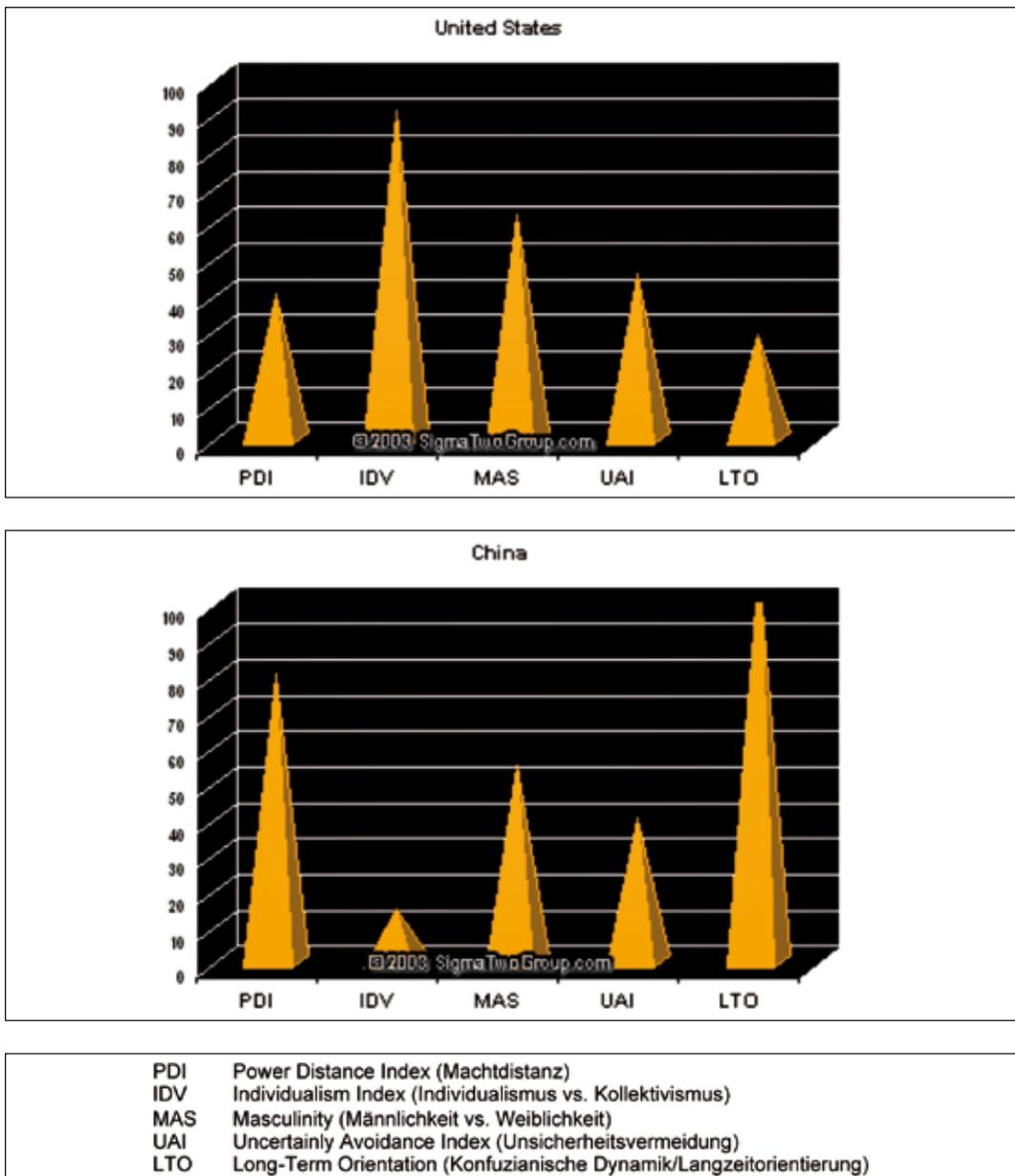
Wir schauen uns noch ein aktuelles nicht-fiktives Beispiel an:

Als ich diesen Vortrag vorbereitete, war Barack Obama gerade in Peking. Zur Vorbereitung konnte er die Kultur seines Ziellandes mit seiner eigenen vergleichen (Wir lassen jetzt mal dahin gestellt, ob Obama dem „typischen US-Amerikaner“ entspricht...) und sehr schnell feststellen, dass es da erhebliche Unterschiede in den Kulturdimensionen gibt.

⁴ Die linke Hand gilt als unrein. Das sollte auch im PatientInnenkontakt bedacht werden.

⁵ http://www.geert-hofstede.com/hofstede_arab_world.shtml, Aufruf am 18.11.2009. Unter der „Arabischen Welt“ werden Ergebnisse aus Ägypten, Irak, Kuwait, Libanon, Libyen, Saudi Arabien und den Vereinigten Arabische Emiraten zusammengefasst.

Abbildung 1: Ländervergleich USA – China nach Hofstede⁶



Für eine erste oberflächliche Orientierung über ein Zielland halte ich diesen Ansatz für akzeptabel.

⁶ http://www.geert-hofstede.com/hofstede_united_states.shtml und http://www.geert-hofstede.com/hofstede_china.shtml, Aufruf am 18.11.2009.

b) Im eigenen Land im Umgang mit MigrantInnen

Für unsere/Ihre Zwecke jedoch ist dieser Ansatz nicht geeignet, denn Sie arbeiten hier.

Abgesehen von den Verallgemeinerungen, die obiger Ansatz beinhaltet, gibt es zwei zentrale Argumente, die ein anderes Vorgehen erfordern:

1. funktioniert dieser Ansatz mengenmäßig nicht.

Es ist unmöglich sich so umfassend über jede einzelne der über hundert Nationen/Herkunftsländer, die in Hannover vertreten sind, zu informieren (abgesehen davon ist die Definition nach Nation nur bedingt aussagekräftig, siehe Vorwort und im Folgenden)

2. werden Veränderungsprozesse durch Migration nicht erfasst.⁷

Daher beschäftigen wir uns zunächst allgemein damit, wie Kultur entsteht und welche Auswirkungen Kultur – beschreibbar in den verschiedenen Kulturdimensionen – hat, wie wir selbst geprägt sind (d. h. die Trainings beinhalten einen großen Anteil an Selbstreflexion) und welche daraus resultierenden Erwartungen wir an unser Gegenüber stellen. Idealerweise – gerade wenn es um eine enge Klientenbeziehung geht – verläuft die Kommunikation für beide zufriedenstellend ab (dieses angestrebte beiderseitige Bemühen ist letztlich Grundlage für eine gelungene Integration). Als Unterstützung gibt es bestimmte Techniken und in Form von Simulationen und/oder Rollenspielen kann das eigene Rollenspektrum erweitert werden.

Damit Kulturdimensionen eben nicht alle Menschen in einen Topf werfen, sollten wir folgendes beachten:

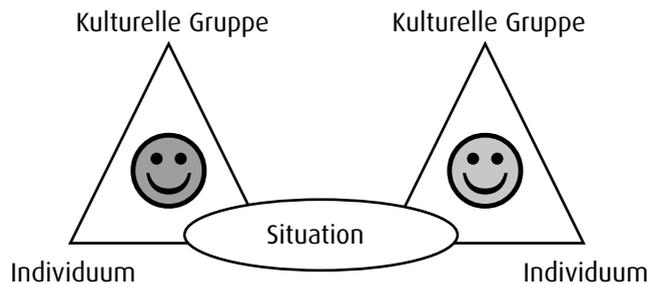
1. wie schon erwähnt ändern Menschen sich durch Migration, sie entsprechen also gar nicht mehr dem Türken aus dem internationalen Länderranking. Und Menschen ändern sich unterschiedlich, so dass auch eine Aussage über „die Deutschtürken“ ebenfalls wenig hilfreich ist. Insbesondere für hier aufgewachsene Generationen sind soziale Milieus, Bildung usw. entscheidender⁸ und Untersuchungen aus den Herkunftsländern der Eltern oder Großeltern helfen wenig weiter.

⁷ Näheres hierzu auch im Beitrag von Marc Ziegenbein. Die Auswirkung der Migration auf die Gesundheit zeigt anschaulich die Kurve von Carlos Sluzki, insbesondere in der Überarbeitung von Wieland Machleidt.

⁸ Siehe auch die Ergebnisse der Sinus-Studie über MigrantInnenmilieus, http://www.sociovision.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/MigrantInnenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008.pdf

2. kommt hinzu, dass die Länderzuschreibungen außer Acht lassen, dass es neben einer kulturellen Prägung immer auch eine individuelle Seite gibt und die jeweilige Situation das Handeln beeinflusst. Und dies auf beiden Seiten. Auch wir reagieren in der vermeintlich gleichen Situation unterschiedlich, je nach Tagesform, Uhrzeit, Warteschlange an PatientInnen, anderen anstehenden Aufgaben usw.

Abbildung 2: Erweiterung der Dimensionen um die Aspekte Persönlichkeit und Situation



Kurz gesagt:

Vorwissen über die Kultur meines Gegenübers oder seiner/ihrer Vorfahren ist immer interessant, wenn ich damit sorgsam umgehe. Aber mit den Dimensionen möchte ich auch in der Lage sein, mit jemand zu kommunizieren, von dem ich das nicht weiß. Die Dimensionen sind ein Analyseinstrument, das mir hilft meine und fremde Werte und Normen zu verstehen.

Drei Beispiele aus der Praxis

a) Beispiel 1 – (Nach)Fragen?

Stellen Sie sich vor, jemand kommt in Ihre Beratung. Für die weitere Beratung brauchen Sie noch irgendwelche Unterlagen, die Ihr Gegenüber besorgen muss. Sie erklären das alles. Irgendwie haben Sie Bedenken, ob ihr Gegenüber Sie wirklich verstanden hat. Also fragen Sie noch mal: „Haben Sie alles verstanden?“ Freundliches Gesicht. „Ist Ihnen klar, was Sie zum nächsten Termin mitbringen müssen?“ Nicken. Gut, denken Sie, dann ist ja wohl alles klar.

Beim nächsten Termin stellen Sie fest, dass die Unterlagen fehlen oder unvollständig sind, d. h. wohl doch nicht alles so klar war...

Abbildung 3: Kulturdimension Geringe – Große Machtdistanz

Geringe Machtdistanz	Große Machtdistanz
Ungleichheit zwischen den Menschen sollte so gering wie möglich sein.	Ungleichheit unter den Menschen wird erwartet und ist erwünscht.
Kleidung und Körperhaltung eher leger/auf einer Augenhöhe.	Kleidung und Körpersprache demonstrieren den Status.
Eltern behandeln ihre Kinder wie ihresgleichen.	Eltern erziehen ihre Kinder zu Gehorsam.
Nachfragen, Selbständigkeit und Kritikfähigkeit sind Ideale.	Position und Wissen werden nicht hinterfragt.

Woran lag's? Welche Dimension steckt dahinter?

In diesem Beispiel geht es um die Machtdistanz, also die Distanz zwischen zwei Personen(gruppen), die nicht auf einer Ebene sind. Ist diese Distanz groß oder eher gering.

Sie selbst – unterstelle ich jetzt mal für dieses Beispiel – haben eine eher geringe Machtdistanz.

Natürlich haben Sie mehr Wissen und eine gewisse Position, aber das ist jetzt weniger von Belang. Sie wollen mit Ihrem Patienten auf Augenhöhe sprechen. Entsprechend kleiden und gebärden Sie sich vielleicht auch eher locker, um Ängste zu nehmen. Sie erwarten, dass ihr Gegenüber sich aktiv am Prozess beteiligt und schon von selbst fragen wird, wenn etwas unklar ist. Schließlich geht es ja um ihn/sie.

Ihr Gegenüber sieht – und erwartet aufgrund seiner kulturellen Prägung mit großer Machtdistanz – das anders. Er/sie hebt Sie womöglich auf einen höheren Sockel, als Ihnen das lieb ist und erwartet auch von Ihnen, dass Sie diese Position so ausfüllen. Sie sind vom Fach und haben das Sagen. Ihr Gegenüber dürfte schon irritiert sein, wenn weder Kleidung, noch Sitzanordnung, noch nonverbale Signale von Ihrer Macht zeugen. Ihnen eine Frage stellen hieße, dass Sie es zuvor nicht richtig erklärt hätten – sonst wäre die Frage ja unnötig. Eine Frage wäre also eine indirekte Kritik an Ihnen. Das steht einer tiefer stehenden Person nicht zu. Vor diesem Gesichtsverlust möchte Ihr Gegenüber Sie möglicherweise auch schützen und auch nicht Ihre wertvolle Zeit beanspruchen.

Wenn Ihr Gegenüber noch dazu gewohnt ist, dass in seinem System die wirklich wichtigen Sachen für ihn entschieden und geregelt werden – also in der Verantwortung anderer liegen – dann werden Sie sich doch schon darum kümmern, dass das klappt.

Und wenn Sie im weiteren Verlauf ihr Gegenüber fragen, was ihm eigentlich genau fehlt, wie sich die Beschwerden äußern und was er möchte, dass Sie für ihn tun – dann haben sie sich als inkompetent geoutet. Das müssen Sie doch selbst wissen, Sie sind doch vom Fach! Das wäre doch anmaßend, wenn Ihr Gegenüber Ihnen da reinredet. Was fragen Sie Ihren Patienten, was Sie tun sollen?

Patienten mit geringer Machtdistanz sind da ganz anders: die haben schon mal im Internet recherchiert, beziehen sich auf die letzte Fernsehreportage und teilen Ihnen mit – bevor Sie irgendetwas gesagt haben – welche Behandlungsmethoden oder Medikamente sie aus Prinzip ablehnen usw.

Diese Dimension ist sehr komplex und überall zu finden, wo es Hierarchien gibt: in der Familie, Schule usw.

Sie ist nicht nur in der Berater/Arzt-Patienten-Beziehung sondern auch in der Mitarbeiterführung – also intern – relevant, wenn Sie vielleicht zunehmend Mitarbeitende mit einer anderen kulturellen Prägung haben.

Aber wie kommt es zu diesen verschiedenen Prägungen? Stellen wir uns eine Mutter vor, die zu ihrem im Sandkasten spielenden Kind sagt: „Du, das war aber jetzt nicht in Ordnung, dass du dem Finn das Spielzeug weggenommen hast. Nun überleg mal, was du nun tun solltest.“ Das Verhalten des Kindes (Spielzeug wegnehmen) wird klar abgelehnt. Aber die Mutter stellt sich und das Kind auf eine annähernd gleiche Ebene und das Kind wird angehalten selbstständig eine Lösung für das eigene (Fehl)Verhalten zu finden. Hier wird also früh eine geringe Machtdistanz angelegt.

In einer Kultur großer Machtdistanz würde die Mutter sagen „Du gibst das sofort zurück!“ Oder sie würde nur einen für das Kind unmissverständlichen Blick werfen. Als Reaktion sollte das Kind gehorchen und nicht selbst nachdenken oder gar mit der Mutter diskutieren, ob das richtig sei, wer angefangen hat o. ä. Dabei ist nicht der Sachverhalt (wer hat das Spielzeug weggenommen) entscheidend, sondern dass die Anweisung von einer höher gestellten Person, der Mutter, kommt.

Kulturdimensionen werden also bereits in der Kindheit angelegt. Im Falle der Machtdistanz sind im Folgenden Lehrer-Schüler-Verhältnisse entscheidend, ob im späteren Leben flache Hierarchien angestrebt werden und vorrangig Achtung vor Leistung besteht oder ob klare Anweisungen von Oben erwünscht sind und Autoritätspersonen allein schon aufgrund ihres Status respektiert werden.

b) Beispiel 2 – Smalltalk und Marmelade

Ein Patient/Patientin kommt zu Ihnen (unerheblich ob ArztIn, Sekretärin, Arzthelferin, SozialpädagogIn o. ä.), fragt wie es Ihnen geht, fängt ein Pläuschchen über die eigene Familie an und fragt, ob Sie selbst Kinder haben usw. Sie finden das zwar alles ganz rüdrig, aber die Uhr läuft, draußen warten noch andere und Ihr Privatleben geht Ihr Gegenüber nun wirklich nichts an. Sie möchten endlich zur Sache kommen. Als dann noch die gute Marmelade nach dem alten Hausrezept der liebsten Tante auf dem Tisch platziert wird, reicht es Ihnen langsam innerlich. Und was immer Ihr Gegenüber *eigentlich* will – bestechen lassen sie sich natürlich schon gar nicht.

Abbildung 4: Kulturdimension Aufgaben- oder Beziehungsorientierung

Sach-/Aufgabenorientierung	Personen-/Beziehungsorientierung
Direkte Sprache „auf den Punkt“ (offen, ehrlich, sachlich).	Indirekte Sprache „um den Brei“ (höflich, angemessen).
Niedriger Informationsbedarf Trennung Privat – Beruf.	Hoher Informationsbedarf Verschmelzung Privat – Beruf.
Mitarbeitende theoretisch austauschbar (individualistisch). Netzwerke zweckgebunden.	Beziehungen werden in das Kollektiv übertragen und sind von Aufgaben unabhängig.
Nachfragen, Selbständigkeit und Kritikfähigkeit sind Ideale.	Position und Wissen werden nicht hinterfragt.
Geschenke als Bestechung.	Geschenke zum Aufbau und Erhalt von Beziehungen.

Woran lag’s? Welche Dimension steckt dahinter?

In diesem Beispiel geht es um die Sach- oder Aufgabenorientierung, dem steht eine Personen- oder Beziehungsorientierung gegenüber.

Sie haben – unterstelle ich jetzt mal – eine ausgeprägte Sach- oder Aufgabeno-rientierung.

Sie sind zum Arbeiten da. Wenn es um Privates geht, dann um das der Pati-enten, um die geht es schließlich überhaupt. Sich selbst da einzubringen wäre unprofessionell. Dieser ganze Smalltalk passt hier nicht her. Kann diese Person Ihnen denn nicht klar und deutlich sagen, was sie hat, damit Sie endlich zur Sa-che kommen können? So sieht das – unterstelle ich jetzt mal – Ihr Vorgesetzter übrigens auch und hat wenig Verständnis, wenn manche Gespräche so lange dauern. Und Sie beraten jemanden nicht besser oder schlechter, weil es Prali-nen, Blumen oder Marmelade gibt. Welch eine Unterstellung!

Ihr Gegenüber hat eine ausgeprägte Personen- oder Beziehungsorientierung. Und wie der Name schon sagt, da muss erst mal eine Beziehung aufgebaut und im späteren Verlauf natürlich auch gepflegt werden. Es ist unerlässlich vieles über den anderen zu wissen, nicht aus Neugier oder um es gegen die andere Person zu nutzen – nein, es ist eine Grundlage für jede Beziehung – auch be-rufliche – und somit Bestandteil jeder Kommunikation. Und darauf kann man dann prima aufbauen. Der andere weiß dann soviel, dass sich weiteres daraus leichter ergibt. Geschenke sind Ausdruck dieser Orientierung, dafür wird keine Gegenleistung erwartet (Es sei denn, Ihnen werden Geldscheine zugeschoben. Dann könnte dahinter die Erfahrung stecken, dass Behördenmitarbeiter nur bei entsprechender Zuwendung tätig werden).

Für Ihre Gegenüber wirkt Ihre direkte, sachliche Sprache unhöflich und verlet-zend. Aber – das hat Sie ja schon herumgesprochen – dass die Deutschen so kalt und grob sind.

Auch diese Dimension hat Einfluss auf Ihre Arbeit im Team. Genauer gesagt: mit welcher Einstellung gehen Sie an die Arbeit, welche Rolle spielen Kollegen, was wissen Sie voneinander usw. Also ganz grundsätzlich: Wie kommunizieren Sie?

Und auch bei dieser Dimension gilt natürlich, dass Sie als Kind Ihre Eltern und/oder andere erwachsene Bezugspersonen beobachtet haben und deren Prägun-gen und Verhaltensweisen als „normal“ verinnerlicht haben.

c) Beispiel 3 – Großfamilie

Sie erwarten eine Person. Es erscheinen weitere fünf Familienmitglieder. Alle wollen in den Raum. Alle reden mit. Sie sind fix und fertig.

Abbildung 5: Kulturdimension Individualismus - Kollektivismus

Individualismus	Kollektivismus
Kinder lernen in Ich-Begriffen zu denken.	Kinder lernen in Wir-Begriffen zu denken.
Einzelne Interessen stehen über der Gruppe.	Die Gruppe steht über dem Einzelnen.
Selbstverwirklichung wird belohnt und anerkannt.	Als Lohn gelten die Anerkennung und das Wohl der Gruppe.
Eigenständigkeit und Unabhängigkeit, aber auch Einsamkeit.	Gegenseitige Versorgung und Schutz, aber auch Loyalität.

Woran lag's? Welche Dimension steckt dahinter?

In diesem Beispiel geht es um Kollektivismus versus Individualismus.

Sie selbst – unterstelle ich jetzt mal für dieses Beispiel – sind eher individualistisch geprägt und erwarten dies auch von anderen. Ihr Gegenüber ist erwachsen und wird wohl alleine in die Sprechstunde kommen können. Sie tun ihm ja nichts. Außerdem – bei möglicherweise allem systemischen Denken – sechs Leute auf einmal sind einfach zu viel. So lässt sich nicht arbeiten.

Ihr Gegenüber hat nie gelernt in Ich-Begriffen zu denken. Von Kleinauf gibt das Kollektiv – die Großfamilie – vor, wie zu denken und zu handeln ist. Somit betrifft ein Einzelschicksal immer auch alle. Darum kommen auch alle in die Beratung mit. Und alle reden mit, wie im Sinne des Kollektivs zu entscheiden ist. Oder – häufig gepaart mit großer Machtdistanz – ein (oft männliches) Familienoberhaupt entscheidet was zu tun ist, dies aber im Sinne des Kollektivs.

Diese Dimension findet man besonders ausgeprägt in ländlichen Gebieten, übrigens auch vor gar nicht langer Zeit in unseren Breiten. Das Kollektiv, die Gruppe, versorgt einen (professionelle Hilfe wie Babysitter, Hort, Altenpflege sind unnötig und daher auch oft unbekannt), erwartet aber gleichzeitig Loyalität

(Singledasein oder Selbstverwirklichung sind nicht vorgesehen und gelten als Abbruch der familiären Beziehungen und des Schutzes).

In diesem Land wird nach meiner Wahrnehmung Eigenverantwortung groß geschrieben. Jemand, der keine eigenen Entscheidungen trifft, nicht an seinem persönlichen Fortkommen arbeitet sondern sich auf seine Familie bezieht, wird häufig als unselbstständig, desinteressiert oder auch faul interpretiert.

Aber wohin dieser Individualismus führt sieht man doch, mögen kollektivistisch geprägte Menschen sagen: die Familien brechen auseinander, die Älteren werden in Altenheime abgeschoben und und und...

Nun versetzen Sie sich mal in die nachfolgenden Generationen hinein, die zu Hause eher kollektivistisch, in der Schule und Gesellschaft eher individualistisch erzogen werden.

Austausch/Reflexion

An dieser Stelle waren die Zuhörenden gebeten sich mit Ihren NachbarInnen über eigene kulturelle Prägungen auszutauschen.

Haben Sie eher eine große oder geringe Machtdistanz?

Haben Sie eher eine Aufgaben- oder Beziehungsorientierung?

Sind Sie eher individualistisch oder kollektivistisch geprägt?

Nachbemerkungen

Vielleicht habe ich in den Beispielen ein bisschen übertrieben, vielleicht kennen Sie es auch genau so. Nicht immer sind die beiden Gesprächspartner so deutlich in nur einer Dimension verankert, wie jetzt zur Veranschaulichung dargestellt. Oft können Sie mehrere unterschiedlich stark gewichtete Dimensionen in einer Kommunikation ausmachen. Und natürlich konnten hier in der Kürze nur einige Dimensionen ausgewählt werden.

Ich möchte hier nicht sagen, welches Ende der Skala jeweils das Richtigere oder Bessere ist. Die Dimension soll wertfrei die Unterschiedlichkeit beschreiben. Dennoch habe ich versucht Ihnen anzureißen, wie das jeweilige Gegenüber – vor dem Hintergrund der eigenen Dimension – interpretiert und bewertet wird, meist eher negativ.

Um mit den Dimensionen sicher umgehen zu können und vor diesem Hintergrund Handlungsalternativen entwickeln zu können, braucht es Übung. Interkulturelle Kompetenz ist auch kein irgendwann erreichtes Vorhaben sondern bedeutet lebenslanges Lernen, Überdenken und Handeln. Aber wenn Sie schon jetzt versuchen, die nächste Gesprächssituation mal aus dem Blickwinkel Ihres Gegenübers zu betrachten und Ihren eigenen Standpunkt zu überdenken, dann hätten wir schon viel erreicht.

Anschrift der Verfasserin:

Helga Barbara Gundlach M.A.
AG Interpäd. – Interkulturelle Pädagogik
Leibniz Universität Hannover
Philosophische Fakultät
Im Moore 11a
3067 Hannover
helga-b.gundlach@web.de

Wer versteht schon diese Familien?

Ressourcen und Schwierigkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien im Kontext der Psychiatrie

von Ahmet Kimil, Hans-Peter Waldhoff, Ramazan Salman

Einleitung

Die Zuwanderung nach Deutschland hat sich in den vergangenen 40 Jahren zu einer bedeutenden Herausforderung entwickelt, wovon alle gesellschaftlichen Bereiche berührt sind. In Deutschland leben heute über 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Das sind ca. 18 Prozent der deutschen Bevölkerung. In Metropolregionen ist der Anteil höher, in der Region Hannover beispielsweise liegt er bei 23,1 % (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2007). Auf Grund der demographischen Entwicklung wird in Zukunft ihre Zahl weiter zunehmen. So werden in ca. 15-20 Jahren ungefähr 40 Prozent der Jugendlichen und Kinder unter 15 Jahren in Deutschland einen persönlichen oder familiären Migrationshintergrund besitzen (Statistisches Bundesamt, 2007). Mit dieser Entwicklung sind auch die psychiatrischen, psychotherapeutischen und die psychosozialen Versorgungssysteme zunehmend konfrontiert.

Für die Psychiatrie, ihre Mitarbeiter und für die betroffenen Migranten und ihre Angehörigen stellt sich immer drängender die Frage, wie Einrichtungen ihre Angebote für diese Zielgruppen öffnen können, wie Mitarbeiter von Fachdiensten angemessener mit Patienten mit Migrationshintergrund arbeiten können und wie Migranten in die bestehenden psychiatrischen und therapeutischen Versorgungssysteme besser integriert werden können.

Der vorliegende Artikel soll einen ersten Beitrag dazu liefern, der Frage zu begegnen, wie Nachfrage, Angebote und Zugang der verschiedenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen speziell an die Bedürfnisse und Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst werden können. Es ist darauf zu achten, dass diese auf andere, migrationsgeprägte kulturelle Muster zurückgreifen als die Mehrheitsbevölkerung, und damit auch als die Mehrheit der Therapeuten und sonstigen Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Die internalisierte Kultur kann vom Individuum nicht bewusst wahrgenommen werden, sondern wird erst bei Begegnungen mit anderen Kulturen sichtbar (Spreng-Courtney 2009). Größere Aufmerksamkeit für die unterschiedlichen kulturellen Muster von Patienten mit Migrationshintergrund erfordert daher auch größere Achtsamkeit für eigene, scheinbar selbstverständliche kulturelle Muster auf Seiten der Mitarbeiter psychotherapeutischer und psychiatrischer Einrichtungen. Die bessere Anpassung der Institutionen eröffnet dann schon

durch ihre Vorbildfunktion bessere Anpassungschancen für institutionsfremde Migranten.

Sind Migranten psychisch kränker?

Trotz des wachsenden Bevölkerungsanteils von Migranten in Deutschland gibt es bisher nur wenige empirisch gesicherte Erkenntnisse über den Gesundheitszustand dieser Gruppe. Sicher ist aber, dass sich viele Migranten in einer gesundheitlich wesentlich kritischeren Lage befinden, als dies bei der einheimischen Bevölkerung der Fall ist (Razum, 2000 und Razum et al., 2004, Marschalck und Wiedl, 2001). So widmet der Gesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts (RKI) unter dem Titel „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ ausdrücklich ein ganzes Kapitel dem Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit (RKI, 2005). Ein Überblick über die internationale Forschung bestätigt, dass Indikatoren der Gesundheit wie Mortalität, Morbidität, Gesundheitsverhalten und Risikoexposition mit Indikatoren der sozialen Lage in einem linearen Zusammenhang stehen (z. B. Mackenbach und Bakker, 2002; Marmot und Wilkinson, 2001; Krämer und Prüfer-Krämer, 2004). Da der größere Teil der Einwanderung die deutsche Gesellschaft unterschichtet hat, gehören Migranten überproportional zu den Bevölkerungsschichten in prekären Lebenslagen.

Auch auf dem Gebiet der kulturdifferenzierenden psychischen Epidemiologie und Morbiditätsforschung zur psychischen Gesundheit von Migranten liegen für Deutschland und Niedersachsen keine genauen epidemiologischen Daten vor. Die Anzahl der Untersuchungen zu psychischen Krankheiten bei Migranten in Deutschland und deren Behandlung ist zwar relativ groß, doch in der Literatur finden sich meist nur vereinzelte, regionale Angaben zu Art und Anzahl der psychischen Erkrankungen der Migranten. In einer Studie weisen Haasen, Echegoyen und Kleinemeier (2003) beispielsweise darauf hin, dass fast die Hälfte der zwischen 1995 und 1996 im Bereich Lüneburg eingewiesenen Migranten (N = 202) eine Suchtstörung, ein Drittel schizophrene Störungen und ein Fünftel eine affektive Störung, eine neurotische Störung oder eine Belastungsstörung hatten. Dabei handelte es sich um Migranten aus verschiedenen Regionen (Afrika, Westeuropa, Ex-Jugoslawien, Nahost, Osteuropa, Amerika, Türkei und Fernost). In einer neueren Untersuchung von Haasen, Yagdrian, Censi und Kleinemeier (2004) zu psychischen Störungen bei türkischen Migranten zeigte sich, dass von 49 untersuchten Migranten 27 die Diagnose einer F4-Störung erhielten (nach ICD-10: F4 – Neurotische, Belastungs- und Somatisierungsstörungen) und zwölf Migranten die Diagnose einer affektiven Störung (F3) erhielten. Bei fünf Migranten wurde eine Schizophrenie oder wahnhaft

Störung diagnostiziert, während die restlichen Migranten die Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F7) oder einer Störung durch psychotrope Substanzen (F1) erhielten. Der psychopathologische Befund ergab, dass 88 % der Migranten unter depressiven Symptomen und 71 % unter Somatisierungen litten. 57 % wiesen Angstsymptome auf und 22 % zeigten psychotische Symptome.

Eine Untersuchung der psychischen Störungen bei türkischen Migranten (N = 765) in der Michael-Balint-Klinik (Baden-Württemberg) ergab, dass bei den Krankheitsbildern am häufigsten eine depressive Störung (50 %) als Erstdiagnose festgestellt wurde. Hiernach folgten die Angststörungen (14,7 %) und somatoforme Störungen (13 %). Gleichzeitig war eine starke Co-Morbidität depressiver Störungen mit somatoformen Störungen zu verzeichnen. Beachtenswert war, dass türkische Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten eine deutliche Tendenz zur Somatisierung zeigten. In der Studie von Goldberg & Bridges (1988) konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Migranten, Aussiedler und Flüchtlinge häufig mit Somatisierungen auf Stress und Schwierigkeiten reagieren, da sie ihre Probleme selten psychologisch erklären und wenig Zugang zu psychologischen Hilfsangeboten haben. Zudem sind nach einer Studie der psychologischen Forschungs- und Modellambulanz der Universität Konstanz in Kooperation mit dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge etwa 40 % der Asylsuchenden traumatisiert bzw. leiden an traumabedingten psychischen Störungen.

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover hat erstmals die Versorgung der rund 260.000 Migranten in der Region untersucht. Über 200 Einrichtungen in der Region Hannover wurden umfassend zur Versorgung von Migranten befragt. Davon haben sich 89 Einrichtungen an der Erhebung beteiligt. Zentrale Ergebnisse: Migranten nutzen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund seltener ein Angebot zur Behandlung psychischer Krankheiten. Während der Anteil der Migranten an der Gesamtbevölkerung in der Region Hannover 23,1 Prozent beträgt, machte ihr Anteil an sozialpsychiatrisch behandelten Patienten im Jahr 2006 16 Prozent aus. Verhältnismäßig mehr Migranten wendeten sich außerdem an vollstationäre Einrichtungen statt an niedrigschwellige Angebote im ambulanten Bereich (Kimil und Salman, 2008).

In einer Pilotstudie überprüfte die Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz (Bundeskonzferenz der Ärztlichen Leiter Deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie) die bisherigen Daten zur Inanspruchnahme der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch Patienten mit Migrationshintergrund. Dazu wurde eine Erhebung in zwölf psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken und

Abteilungen durchgeführt, die über insgesamt 2.211 Betten verfügten. Im Unterschied zu früheren Erhebungen waren Patienten mit Migrationshintergrund in den jetzt untersuchten Einrichtungen entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil vertreten (17,4 %). Bisherige Untersuchungen aus den 1990er Jahren gingen von einem deutlich geringeren Inanspruchnahmeverhalten dieser Population (50 % weniger als bei der deutschen Population) aus. Auffällig war ferner die Diagnoseverteilung mit einer Betonung schizophrener Erkrankungen, die sich von der typischen Diagnoseverteilung bei deutschen Patienten unterscheidet, bei denen mehr affektive Erkrankungen beobachtet werden. Diese Diagnoseverteilung wurde auch als ein Hinweis interpretiert, dass in der Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund weiterhin überwiegend Fälle mit schwersten psychischen Störungen aufgenommen werden und trotz der insgesamt hohen Inanspruchnahme weiterhin Zugangsschwellen bestehen (Koch et al., 2008). Neben diesen noch sehr vorläufigen Aussagen zur Epidemiologie und zu den institutionellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems kann festgestellt werden, dass der Anteil von psychisch erkrankten Migranten ungefähr ihrem Gesamtbevölkerungsanteil entspricht und Migranten vermutlich mindestens genauso häufig von psychischen Problemen betroffen sind wie die Mehrheitsbevölkerung (Glaesmer et al., 2009).

Abschließend sei noch erwähnt, dass viele der Stressoren, unter denen Migranten leiden und die zu gehäuften Problemen zu führen scheinen, aus einer geschichtlich weiteren Perspektive betrachtet weniger fremd und migrations-spezifisch sind, als sie zunächst erscheinen mögen. Es gibt wesentliche modernisierungstypische Risikofaktoren, die in Migrantenfamilien aus den sogenannten weniger entwickelten Gesellschaften wie im Zeitraffer geballt auftreten. Sie besser zu verstehen heißt auch, die in ihnen zugleich liegenden Chancen besser sehen und ergreifen zu lernen. Zwei dieser Bereiche werden im Folgenden angesprochen: Die veränderten Wir-Ich-Balancen und das Leben mit Ambivalenzen.

Wandel der Wir-Ich-Balancen

Die Verschiebungen in der kulturellen Gewichtung von eher kollektiv zu eher individuell orientierter Verhaltenssteuerung ist das vielleicht folgenreichste Feld von Chancen und Risiken, auf dem sich die entwickelteren westlichen Gesellschaften insgesamt bewegen müssen, und ihre Einwanderer nur in besonderem Maße. Hier geht es um unterschiedliche Wir-Ich-Balancen der Verhaltenssteuerung (Elias, 2001) in verschiedenen Kulturen, wobei der Akzent in traditionelleren Kulturen stärker auf dem Wir-Pol, der in moderneren Kulturen stärker,

vielleicht manchmal zu stark, auf dem Ich-Pol liegt. Diese relative Verlagerung vom Wir- zum Ich-Pol, ohne dass je einer dieser Pole im menschlichen Zusammenleben ganz verschwinden könnte, ist in den Zivilisierungsprozessen unserer Gesellschaften über viele Generationen und mit vielen Schwankungen und Krisen erfolgt. Der damit verbundene Zwang und die damit verbundene Chance zur erweiterten Selbststeuerung des eigenen Lebens (Waldhoff, 1995) wird in den Schulen und grundlegender noch in den Familien erprobt und weitergegeben und erfordert eine tiefgreifende „Zivilisierung der Eltern“ (Elias, 2006).

In Migrantenfamilien aus weniger entwickelten Staatsgesellschaften, in denen die Familien viele Funktionen wahrnehmen, die in den Einwanderungsgesellschaften von staatlichen und halbstaatlichen Instanzen übernommen wurden, wirkt der Wandlungsdruck in den Wir-Ich-Balancen mit der Migration in einer potentiell traumatisierenden Plötzlichkeit und Stärke. Die Anhaltspunkte dafür, dass junge Menschen mit Migrationshintergrund oft ungünstigeren Bedingungen im familiären Umfeld ausgesetzt sind, haben viel mit diesem Wandlungsdruck zu tun. (Uslucan, 2010)

In der Migrationsforschung herrscht Konsens darüber, dass es keine automatische Angleichung von Zuwanderern an die Lebensweise der Herkunftsgesellschaft gibt. Deshalb zählt das Thema der intergenerationalen Weitergabe von Verhaltenstandards in Eltern-Kind-Beziehungen zu den zentralen, aber noch zu wenig untersuchten Fragestellungen der Integrationsforschung.

Die erziehungspsychologische Forschung geht überwiegend davon aus, dass ein autoritativer Erziehungsstil mit hoher elterlicher Zuwendung, Unterstützung und Wärme bei gleichzeitig hohen, aber flexibel gehandhabten Forderungen an die Kinder sich in modernen Gesellschaften als besonders günstig für die Entwicklung von Kindern erweist (Uslucan, 2010). Dieser Erziehungsstil stellt nicht nur an die Kinder, sondern auch an die Eltern höhere Anforderungen. Als ungünstig gilt demgegenüber ein autoritärer Erziehungsstil mit rigider Durchsetzung der elterlichen Autorität, hoher Fremdkontrolle der Kinder und dementsprechend geringer Entwicklung von Selbständigkeit, der vielfach in türkischen und islamischen Familien, aber auch anderen stärker gruppenorientierten Kulturen, vorherrscht. In diesem interkulturellen Spannungsfeld bewegen sich generationsübergreifende Migrationsprozesse gesellschaftlich und intrapsychisch. Das schafft tendenziell Überforderungssituationen für Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund, aber auch für die Mehrheitsgesellschaft und insbesondere für ihre Fachkräfte in den Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen.

Nach Salman (1995) können die traditionell-familienorientierten Sichtweisen bei Migranten bildhaft folgendermaßen beschrieben werden: „Ich bin Teil eines Körpers und nicht ein Körper, der durch die Summe seiner Bestandteile definiert

und empfunden wird.“ Viele Migranten die sich an solchen Sichtweisen orientieren, durchlaufen in der Migration einen Entwicklungsprozess der Individualisierung. Dieser Prozess gelingt Kindern und Jugendlichen leichter, weil sie sich im Unterschied zu ihren Eltern ohnehin noch in der Phase der sozialen Orientierung befinden. Somit fallen Entwicklungsunterschiede zwischen jugendlichen Migranten und deutschen Jugendlichen moderater aus als zwischen Erwachsenen, die in unterschiedlichen Ländern und Kulturen sozialisiert wurden. Jugendliche Migranten und ihre deutschen Mitschüler durchlaufen im Großen und Ganzen die gleichen Prozesse der Sozialisation. Somit verlaufen die Grenzen der Sozialisation hauptsächlich zwischen den Generationen. Wenn dabei jedoch in Migrantenfamilien innerhalb ihres Familiensystems die Jugendlichen und ihre Eltern zu starke Diskrepanzen zwischen Individualität und „Gemeinschaftssinn“ entwickeln, kann es derart konfliktreich werden, dass Eltern, Jugendliche und Kinder den psychischen Problemen und Belastungen nicht mehr gewachsen sind und im ungünstigsten Fall psychisch dekompensieren können (Hegemann und Salman, 2010).

Migration verändert Menschen und Familien

Migration ist nicht nur der Wechsel von einem Ort zum anderen, sondern gerade auch Wechsel von einer Kultur zur anderen; Migration ist der Übertritt von einer Gesellschaft in eine andere. Und sie ist ein Prozess, ein lebenslanger Lernprozess (Salman und Hegemann, 2003). Dabei wird die Zugehörigkeit zur Herkunftsgesellschaft nicht aufgegeben. Diese bleibt immer in Sichtweite, mitunter als Anker, manchmal aber auch als Bedrohung. In diesem Prozess muss der Migrant die Affektstandards, die sich in der eingewohnten Gesellschaft über Generationen hinweg entwickelt haben, in kürzester Zeit erlernen und in sein Verhalten umsetzen. Denn der Erfolg der Migration hängt von der Gestaltung der Beziehungen zu den bereits Etablierten ab (vgl. Waldhoff, 1995). Wenn es gelingt, in der Interaktion zwischen den „Ungleichen“ das Weisungsprinzip aufzugeben und statt dessen zum Prinzip des Aushandelns hinzufinden, so wird der Grad der Ungleichheit, des Machtunterschiedes, geringer, was eine Verbesserung der Beziehungen bedeutet (vgl. Swaan, 1991). Damit aber wird die Migration für beide, also sowohl für den Migranten wie auch für die Aufnahmegesellschaft, zu einem Erfolg.

Die individuellen Migrationsprozesse betreffen die psychogenetische Dimension des Werte- und Normenwandels in den Migrantengruppen (Hettlage-Vargas, 1992).

Migration ist vor allem auf der individuellen Ebene im Kern ein psychisch vermittelter Prozess des sich Anpassens und auf der gesellschaftlichen Ebene ein Prozess der Veränderung von gesellschaftlichen Machtdifferenzialen (beispielsweise Geschlechterrollen, generativen Macht- bzw. Autoritätsverhältnissen). In diesem Prozess werden der psychische Haushalt und die Gesamtheit der affektiven Valenzen der Migranten ebenso neu strukturiert, wie ihr gesellschaftliches und familiäres Beziehungsgefüge. Immer wieder müssen die Veränderungen des persönlichen Beziehungsgefüges in Interaktion mit der eigenen Umwelt in eine neue Balance gebracht werden (Salman, 2010). Zugleich verändern sich die aus der Herkunftsgesellschaft importierten familiären Machtverhältnisse zugunsten der Frauen und der Jugendlichen (Waldhoff, 1995). Migranten sind in solchen Prozessen des Übergangs extrem sensibel und neigen zu starkem Misstrauen (Hettlage-Vargas, 1992; Sluzki, 2010).

Es gibt mehr oder weniger gelungene Migrationsverläufe (Salman, 1995). Wenn Jugendliche mit der Justiz in Konflikt geraten und z. B. delinquent geworden sind, kann man von nicht gelungener Migration sprechen. Migrationsprozesse sind dann erfolgreich, wenn die Balance der individuellen und gesellschaftlichen Ebene ausgewogen gestaltet werden kann.

Familiendynamiken in der Migration

Eine Migration bringt erhebliche Anforderungen an die Familien von Migranten. Oft schlagen diese sich in Veränderungen der Familienstrukturen nieder. Zunehmende Individualisierung und Ausdünnung privater familiärer Hilfenetze sind nur einige in einer langen Reihe von Faktoren, die im Folgenden dargelegt werden sollen.

Eine Migration bringt es mit sich, dass ein Teil der Angehörigen, Verwandten, Freunde und Bekannten in den Herkunftsländern zurückgelassen werden. Dies führt zwangsläufig zu Brüchen in den "privaten und sozialen Hilfenetzen". Um dies zu kompensieren, müssen Migranten in der neuen Kultur oft auf außerfamiliäre Ressourcen zurückzugreifen. Hierzu gehören auch psychiatrisch-psychotherapeutische Beratungs- und Therapiestellen.

Zudem ist in der Migration die Erwartungshaltung z. B. von Eltern gegenüber ihren eigenen Kindern größer. Häufig passen sich die nachfolgenden Generationen mit zunehmender Dauer der Migration in ihrem Arbeits-, Freizeit- und Sozialverhalten an die Mehrheitsgesellschaft an, so dass die mitgebrachte Kultur der Großfamilie und der engen privaten sozialen Bindung und Unterstützung (alle Generationen leben unter einem Dach und Kinder pflegen und betreuen ihre Eltern im Alter) Risse bekommt.

Das ist ein Themenfeld in Migrantenfamilien, welches häufig Anlass zu Konflikten bietet. Die Eltern werfen ihren Kindern häufig Loyalitätsbruch gegenüber den Werten und Normen der Herkunftskultur und der elterlichen Autorität vor. Die Kinder fühlen sich dem gegenüber oft hilflos und haben ein schlechtes Gewissen. Sie versuchen dann häufig allen Anforderungen gleichzeitig gerecht zu werden, mit dem Risiko sich und ihr Umfeld psychisch und physisch zu überfordern. In Familien wo dies nicht erkannt und reflektiert wird, und die Fronten zwischen den Generationen sich zunehmend verhärten, reagieren die Eltern oft mit einer Bilanzierungskrise. Häufig drückt sich dies in der folgenden Sichtweise aus: „die Auswanderung hat unsere Erwartungshaltungen nicht erfüllt, es war ein Fehler diesen Schritt zu gehen“. Die Eltern sind dann gekränkt und reagieren auf der Beziehungsebene mit verstärktem Rückzug und können die Persönlichkeitsentwicklung ihrer Kinder nicht mehr in dem pädagogisch erforderlichen Maße unterstützen.

Im Familienleben unterliegen Migranten in der Regel strengeren Regelwerken als „Einheimische“. Diese häufig sehr restriktiv erscheinenden Regeln sind sehr unterschiedlich und abhängig von Herkunftsregion, Bildungsstand, Alter der Eltern bei der Migration, eigenem Migrationsalter, Geburtsland, verwandtschaftlichen Bindungen und Subgruppen in der Migration. Insbesondere junge Migranten stehen unter Druck allen gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Deren Umsetzung in die Praxis wird jedoch von mehreren Faktoren „behindert“ (Salman, 1995). Als wichtigster Faktor kann hierbei der Widerspruch zwischen kulturellen Normen, Werten, Traditionen und geschlechtlichen sowie generativen Machtverhältnissen angeführt werden. Als selbstständiges Individuum zu agieren, beispielsweise wichtige Entscheidungen bezüglich des persönlichen Beziehungslebens zu treffen, mag in der Aufnahmegesellschaft die gesellschaftlich bevorzugte Handlungs- und Erziehungsmaxime sein. In der Herkunftsgesellschaft, welche von den Eltern repräsentiert und durchgesetzt wird, könnte ein solches Verhalten, wie bei türkischen Eltern in der Migrationssituation häufig zu beobachten, eher sanktioniert werden. Hier gilt es, in (sozial-)pädagogischer und therapeutischer Arbeit zur Versöhnung zu motivieren (Machleidt et al., 2006), wenn innerhalb von Familien psychische Erkrankungen manifest geworden sind oder drohen. In der Beratung und Therapie hat es sich bewährt, wenn die unterschiedlichen Generationen gegenseitig mehr Verständnis für die jeweiligen Lebensleistungen und -umstände entwickeln und dadurch neue Perspektiven für das familiäre Zusammenleben aufbauen können.

Wie soll ich meine Kinder in der neuen Kultur erziehen?

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund stehen in ihrer deutschen Umgebung Handlungsanforderungen gegenüber, welche oftmals in krassem Widerspruch zu Anforderungen des Elternhauses stehen. Die Eltern haben Angst, ihre Kinder zu verlieren und allein zu bleiben. In manchen Fällen scheinen autoritäre Erziehungsstile dem Verlust vorzubeugen und die individuellen Interessen der Jugendlichen zu verhindern, denn diese werden mit Egoismus gleichgesetzt. Dieser Erziehungsstil geht jedoch von Autoritätsverhältnissen der Herkunftsgesellschaft aus, die im Migrationsaufnahmeland regelrecht auf den Kopf gestellt werden. Zudem hat die schulische Erziehung andere Ziele als die Erziehung der Eltern. Während die Eltern die Unterordnung individueller Interessen zugunsten des familiären Wohls fordern, steht in deutschen Schulen Individualität eher im Vordergrund. Häufig führt diese „kulturelle Doppelerziehung“ der Kinder zu intrapsychischen Schwierigkeiten und zu interpersonalen Problemen mit den Eltern. Dies äußert sich häufig bei Migranteneltern in der folgenden Einstellung: „Strenge dich an, erreiche alles was hier zu erreichen ist, aber verändere dich nicht.“

Das erfordert von den Jugendlichen, beinahe täglich zwischen den unterschiedlichen kulturellen Anforderungen zu balancieren.

Nach Bekkum (1999) müssen Jugendliche fünf Bereiche während der Transition (Übergang) zum Erwachsensein durchlaufen (s. Abb. 1). Nur die Herstellung der (schwierigen) Balance der Loyalitäten dieser fünf Bereiche führt zu einer stabilen erwachsenen Persönlichkeit. Bei jugendlichen Migranten ist aufgrund der verschiedenen Veränderungen, die mit einer Migration einhergehen, die Balancefähigkeit erheblich erschwert. Disbalancen enden nicht selten mit Drogenabhängigkeit, Delinquenz oder Gewalt, denn es ist nicht leicht, als junger Mann oder junge Frau es zugleich der Familie, den Freunden (Peer-groups), der eigenen ethnischen oder kulturellen Gemeinschaft oder seiner Männerwelt/Frauenwelt recht zu machen, bzw. ihnen gerecht zu werden.

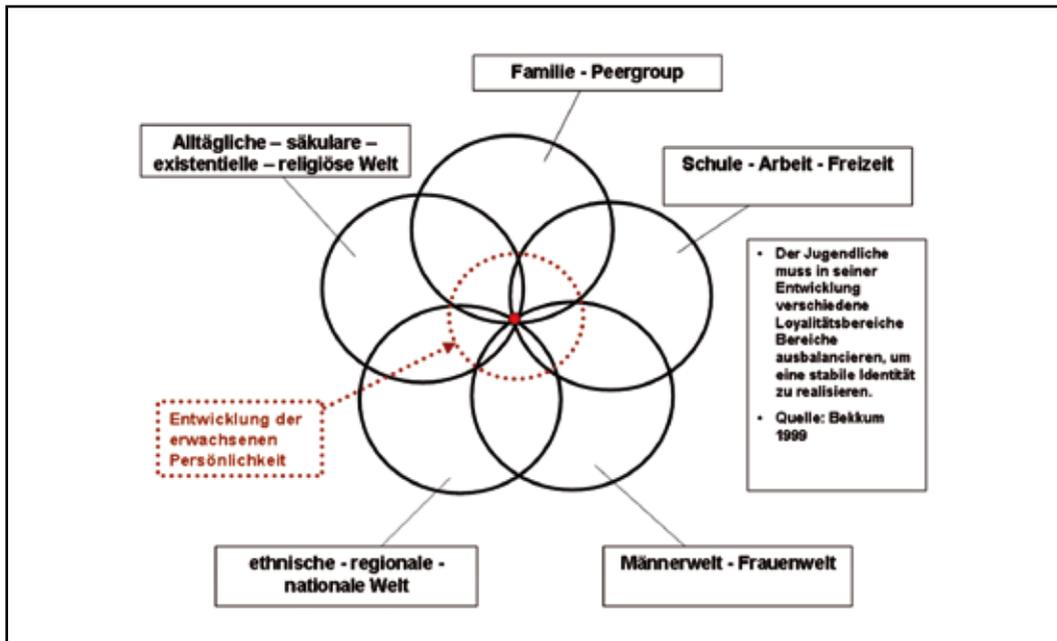


Abbildung 1: Transition (Übergang) zum Erwachsensein bei jugendlichen Migranten (Dirk van Bekkum, 1999)

Ein weiterer wichtiger Sozialisationsfaktor ist die Sprache. Die Deutschkenntnisse von Kindern und Jugendlichen sind in der Regel besser als die der Eltern, wohingegen es sich bei Kenntnissen der Heimatsprachen umgekehrt verhält. Dies belastet die Beziehungen zwischen Eltern und ihren Kindern und die Partnerschaft zwischen Eltern und Pädagogen in Kindergärten und Schulen. Eltern haben es daher schwer, prophylaktische Maßnahmen, die in der Jugendhilfe, in Schulen oder Kindergärten durchgeführt werden, im häuslichen Bereich zu unterstützen oder ihre häuslichen Erziehungstechniken mit denen der deutschen Institutionen zu harmonisieren.

Das Integrationsniveau der Eltern und ihrer Kinder ist häufig unterschiedlich ausgeprägt. Eltern fühlen sich leichter von „außen“ bedroht oder entwickeln eher Zukunftsängste als Heranwachsende, die sich der Aufnahmegesellschaft gelassener öffnen und anpassen können. Es ist also wichtig in Beratungs- oder Therapieprozessen – sofern sich die Möglichkeit ergibt – die Eltern oder andere Familienmitglieder stärker einzubeziehen.

Eltern mit Migrationshintergrund haben häufig eine auf den Verbleib in der Aufnahmegesellschaft nicht abgestellte Lebensplanung für sich und ihre Kinder (allerdings trifft dies nicht in gleichem Maße auf die Aussiedler zu). Deshalb neigen sie dazu, Distanz zu Institutionen der Chancenverteilung (Schulen, Ämter, Jugendhilfe, Gesundheitsdienste, Sozialberatungsstellen etc.) zu halten.

Von diesen wird seitens der Eltern häufig, und nicht ganz zu unrecht, angenommen, dass sie ihre Kinder in eine andere Richtung erziehen, als es von ihnen gewünscht wird.

Elternarbeit für und mit Migranten ist ein Bereich, der sich in Deutschland noch nicht herausgebildet hat. Hier gibt es aber einen großen Bedarf. Notwendig sind Elternakademien, wo Eltern ihre Erziehungspraktiken mit Hilfe von Experten reflektieren und Anregungen für Veränderungen derselben erhalten. Auch existieren keine flächendeckenden Präventionsprogramme zum Thema Erziehung für Migranten. Leider besagen Untersuchungen, dass elterliche Misshandlungen und Gewalt in Migrantenfamilien häufiger vorkommen (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., 2009).

Migration, Geschlecht, soziale Lage, Bildung und seelische Gesundheit

Mit zunehmender Verweildauer in der neuen Kultur kommt es in Migrantenfamilien häufig zu einer Verschiebung der Machtverhältnisse der Geschlechter zugunsten von Frauen und in den Migrantengruppen insgesamt zu einer Verschiebung zwischen den Schichten zugunsten Höhergebildeter und Höherqualifizierter. Beide Entwicklungen zusammen beinhalten eine Dequalifizierung und eine Depotenzierung von Männern aus der Unterschicht, die darüber hinaus eine kulturelle Abwertung körperlich ausgelebter Männlichkeit beinhaltet (Uslucan, 2007). In der Folge bilden sich in dieser Schicht Potentiale für Kränkungen und Konflikte, und natürlich erhöhen Kränkungen, wie es die deutsche Sprache deutlich ausdrückt, Krankheitsrisiken.

Schon im Grundschulalter werden Rollen zugeteilt. Besonders Jungen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund stehen unter besonderer Beobachtung und werden in bestimmte Rollenmuster gedrängt, was sich nachhaltig auf ihren Identitätsprozess und ihr späteres Verhalten auswirkt. Da insbesondere die Jungen mit Migrationshintergrund in den Studien schlecht abschneiden und durch Gewaltanwendung die Mediendebatten dominieren, Programme zur Förderung von Jungenarbeit aber kaum existieren, scheint hier extremer Nachholbedarf zu existieren (Diederichs, 2008).

Migranten sind in Deutschland doppelt so häufig von Armut bedroht wie Einheimische. Die Anzahl der Arbeitslosen mit Migrationshintergrund ist doppelt so hoch wie bei der einheimischen Bevölkerung. Von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren mit Migrationshintergrund ist jeder dritte von Armut bedroht. Mehr als 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche leben am oder unterhalb des Existenzminimums – dabei sind Kinder von Migranten besonders benachteiligt. So gehören etwa drei Viertel von ihnen den unteren sozialen Schichten an.

Auch bei älteren Personen mit Migrationshintergrund ab dem Alter von 65 Jahren ist das Armutsrisiko fast dreimal so hoch wie bei Personen ohne Migrationshintergrund in dieser Altersgruppe (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2007).

Personen mit Migrationshintergrund leben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in etwas größeren Haushalten (Haushaltsgröße im Schnitt: 2,5 gegenüber 2,0). Sie leben seltener allein (11,8 % gegenüber 19,7 %), die klassische Familie mit Eltern und Kindern kommt bei ihnen häufiger vor (57,6 % gegenüber 36,6 %). Ehepaare ohne Kinder, Alleinerziehende oder alternative Lebensformen sind bei ihnen als Lebensform dagegen erheblich seltener. Erwerbstätige mit Migrationshintergrund sind doppelt so häufig als Arbeiterinnen und Arbeiter tätig als Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund (48,6 % gegenüber 26,4 %). Angestellte und Beamte sind unter ihnen entsprechend selten. Erwerbstätige mit Migrationshintergrund gehen ihrer Tätigkeit vor allem im produzierenden Gewerbe und im Handel und Gastgewerbe nach. Hier sind zusammen 63,9 % aller Menschen mit, aber nur 50,9 % der Menschen ohne Migrationshintergrund tätig (Statistisches Bundesamt, 2007).

Wie bereits erwähnt, weist fast ein Fünftel der deutschen Bevölkerung individuelle oder familiäre Zuwanderungserfahrung (mindestens ein Elternteil) auf. Noch höher ist der Anteil bei den Kindern und Jugendlichen im besonders bildungsrelevanten Alter (unter 25 Jahre). Hier liegt er bei 27,2 % der gleichaltrigen Bevölkerung. Mit anderen Worten: Mehr als jedes vierte Kind und jeder vierte Jugendliche in Deutschland hat einen Migrationshintergrund.

Insbesondere die Tatsache, dass mehr als zwei Drittel der Gesamtpopulation mit Migrationshintergrund und gut ein Drittel der unter 25-Jährigen der 1. Zuwanderergeneration angehören und somit Quereinsteiger ins deutsche Bildungssystem sind, macht deutlich: Sprachliche und kulturelle Förderung behält auf allen Stufen des Bildungssystems – vom Kindergarten über die Schule und Berufsausbildung bis zur Hochschule und Weiterbildung – einen zentralen Stellenwert.

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich auch weiterhin deutlich hinsichtlich der Bildungsbeteiligung von jenen ohne Migrationshintergrund; 12,6 % haben keinen allgemeinen Schulabschluss und 46,0 % keinen beruflichen Abschluss (Personen ohne Migrationshintergrund: 1,6 % bzw. 21,2 %), wobei in allen Fällen die sich noch in Ausbildung Befindenden unberücksichtigt bleiben. Allerdings ist gegenüber 2005 eine deutliche Besserung eingetreten: damals hatte der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund ohne Schulabschluss noch bei 13,5 % gelegen.

Im Vergleich zu Frauen und Männern ohne Migrationshintergrund sind mehr als dreimal so viele Männer und fast doppelt so viele Frauen mit Migrationshintergrund ohne beruflichen Abschluss.

Schüler mit Migrationshintergrund haben nicht nur mehr Schwierigkeiten, auf höher qualifizierende Schularten zu gelangen, sondern auch größere Probleme, dort zu verbleiben. Zum Beispiel besucht fast jeder zweite junge Türke eine Hauptschule, nur jeder achte ein Gymnasium. Selbst bei gleicher Lesekompetenz haben es Einwandererkinder schwerer, eine Gymnasialempfehlung zu erhalten als deutsche Kinder, so dass Schüler mit Migrationshintergrund kaum das Gymnasium erreichen.

Nur ein bis zwei Prozent aller Lehrer in Deutschland haben nach Schätzungen einen eigenen Migrationshintergrund. Sowohl ihre Migrationssensibilität als auch ihre Vorbildfunktion erfordern eine deutliche Erhöhung dieser Quote (SZ, 2010). Besonders problematisch erscheint die Tatsache, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund, die einen Ausbildungsplatz erreichen wollen, im Durchschnitt deutlich bessere schulische Vorleistungen erbringen müssen als die Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund.

Dafür ist die Studierquote von Einwandererkindern, die die Hochschulreife geschafft haben, höher: Zwar sind die Jugendlichen mit Migrationshintergrund durch die schulischen Selektionsmechanismen unter der Gesamtheit der Studienberechtigten stark unterrepräsentiert; wer es aber bis zum Abitur gebracht hat, beginnt auch ein Studium.

Der soziale Aspekte und der Bildungsbereich sollte viel stärker in seinem Zusammenhang mit dem Gesundheitsbereich gesehen werden. Erhöhte Bildungschancen verbessern die seelische und körperliche Gesundheit (Wadsworth und Bartley, 2006).

Für eine neue Sichtweise

Die Möglichkeiten von Problemlösungen liegen nicht zuletzt in der Wahl der Perspektive, aus der die Probleme betrachtet werden. Erst wenn diese Problembeobachtung über eine simple Umdeutung derselben hinausgeht und die konkreten Erfordernisse des Lebens- und Arbeitsumfeldes berücksichtigt, können hier durchaus effektive und nachhaltige Lösungen entwickelt werden.

So werden erlebte Kulturdifferenzen von Migranten häufig negativ im Sinne eines „Zwischen-den-Kulturen-Seins und Nirgends-richtig-zugehörig-Seins“ interpretiert. Das aber das Erleben von Kulturdifferenzen auch Entwicklungsvorteile bieten kann, ist für die Mitglieder der deutschen Mittelschichten eigentlich

keine neue Erkenntnis. Und das häufig praktizierte „Auslandsjahr“ von Jugendlichen aus der deutschen Mittelschicht bildet hierfür ein gutes Beispiel.

Ein weiterer Vorteil von erlebten Kulturdifferenzen ist das „Code Switching“, das flexible und souveräne Hin- und Hergleiten zwischen verschiedenen Kulturen und ihren Wertesystemen. Dieser steht in krassem Widerspruch zur negativen Form der Verarbeitung von kulturellen Differenzen, die in der Soziologie als „Identitätsdiffusion“ bezeichnet wird.

Aber auch das Aufwachsen in kollektivistisch geprägten Familienkulturen kann Vorteile haben, wenn man sich z. B. die stabilen Familienbindungen vergegenwärtigt, die in schwierigen Situationen vor dem Absturz in die soziale Isolation schützen können.

Folglich könnten die oben beschriebenen Familiendynamiken insbesondere für jugendliche Zuwanderer auch Chancen bieten. Es könnte angenommen werden, dass ihre Identitätsbildung stabiler ist und sie folglich weniger krisenanfällig sind, da sie sich in einer permanenten Wertediskussion mit ihren Eltern befinden und sich nicht selbst überlassen bleiben. Außerdem können hier die in der Wirtschaft geforderten Aspekte der Sozialkompetenz vielfältigen praktischen Übungen ausgesetzt werden, solange nicht die Aspekte der Segregation in den Vordergrund rücken.

Eine rein defizitorientierte Sichtweise auf Probleme von Migranten kann mit dazuführen, dass negative Stereotype in der Mehrheitsgesellschaft festgeschrieben und Lösungswege verbaut werden und schließlich Migranten auf der psychischen Ebene diese mit der Zeit internalisieren und in ihr Selbstbild übernehmen („ich bin weniger wert und nicht erwünscht in dieser Gesellschaft“). Dieses beschädigte Selbstwertgefühl kann fatale Folgen für die gesellschaftliche und individuelle Integration haben.

Defizitorientierte Sichtweisen haben auch Einfluss auf die Wahrnehmung von Professionellen (Ärzte, Therapeuten, Pfleger, Sozialarbeiter und Betreuer), die immer häufiger mit Migranten arbeiten müssen. Die eigene innere Haltung als Professioneller hat einen wichtigen Einfluss auf die Compliance und die Beziehungsgestaltung mit den Patienten und Klienten (Göbber et al., 2008). Eine unreflektierte Haltung kann erhebliche verzerrende und negative Auswirkungen auf die Anamnese, Diagnostik und Therapiegestaltung sowie die Wirksamkeit von Interventionen haben. Kultursensible Trainings können hier Abhilfe schaffen, indem Fachkräfte ihre eigenen Sichtweisen reflektieren und mit neuen Sichtweisen konfrontiert werden können.

Schlussbetrachtungen

Aufgrund der steigenden Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund in unserer Gesellschaft sollen abschließend einige Handlungsempfehlungen, die sich in der interkulturellen Arbeit bewährt haben, für die Professionellen in den psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeitsbereichen formuliert werden.

Eine wichtige Basis für die Arbeit mit Migranten ist der Aufbau von interkultureller und transkultureller, die eigene kulturelle Prägung berücksichtigenden (Spreng-Courtney 2009) Kompetenz bei Professionellen. Diese ist geeignet, um eine breite Vertrauensbasis zwischen den Fachkräften und ihren fremdsprachigen Klienten herzustellen. Interkulturelle Kompetenz und interkulturelles Handeln beinhaltet die Fähigkeit, Haltungen gegenüber Menschen anderer kultureller Herkunft zu bevorzugen, die kulturell eher von Anteilnahme, Neugier und Interesse geprägt sind. Voraussetzung der persönlichen oder institutionellen Annäherung an Migranten ist hierbei die Selbstreflexion über eigene Haltungen und soziokulturell geprägte Wertvorstellungen. Umgekehrt sind auch Kenntnisse über soziokulturelle und migrationsspezifische Hintergründe über Migranten als Basis interkulturellen Handelns wichtig. Interkulturell versierte Handelnde vermeiden negative Bewertungen von Unterschieden, haben Respekt vor anderen Auffassungen, sind sich des eigenen kulturellen Hintergrundes bewusst und beziehen sprachlich oder kulturell versierte Mitarbeiter oder Mittler in ihre Arbeit ein.

Die interkulturelle Öffnung von Institutionen und eine interkulturelle Kompetenzerweiterung der dort tätigen Fachkräfte sollten deshalb vorrangige Aufgaben der Organisations- und Personalentwicklung in allen mit Migranten befassten Organisationen sein.

Ein Migrant türkischer Herkunft, der sich in die deutsche Gesellschaft integriert hat, wird seine Umwelt weder als Türke noch als Deutscher wahrnehmen, vielmehr sind ihm sowohl türkische wie deutsche Erlebnisstile zugänglich, so dass er den Anforderungen, welche ihm die jeweilige Gesellschaft stellt, in wechselnder Weise gerecht wird. Dieses mehrkulturelle Bewusstsein bedeutet einen Zustand, in dem der Mensch sicher ist, seine neue, alte Kultur in sich behalten zu können, ohne dass diese seine Herkunftskultur verdrängen müsste.

Das bedeutet, Ambivalenzen auszuhalten. Auch dies ist ein grundlegendes und allgemeines Erfordernis, um Modernisierung weniger destruktiv zu gestalten. Migranten und Fremde sind dem nur in besonders intensivem Maße unterworfen. Daraus ergeben sich für sie besondere Belastungen und besondere Chancen, Lebensmodelle für uns alle zu entwickeln (Bauman, 2005).

Diejenigen Familien die dies nicht gelernt haben, sind empfänglich auch für psychische und psychiatrische Erkrankungen und brauchen unsere Hilfe.

Das Gefühl des Gelingens entsteht für den Migranten besonders dann, wenn er zu einer ausgewogenen Balance zwischen seiner "Wir"- und "Ich"-Identität kommt. Die erfolgreichen Migranten erreichen eine solche Balance zumeist über eine intensiv ausgeprägte Neugier auf die jeweils andere Kultur. Dies kann die Kultur des Migrationsaufnahmelandes ebenso betreffen wie die Herkunftskultur. Daher empfiehlt es sich, diese Neugier bei Jugendlichen und Erwachsenen zu fördern bzw. zu stimulieren.

Ausgehend hiervon können für den Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung folgende Empfehlungen formuliert werden: Der Zugang sollte generell durch Niedrigschwelligkeit, Kultursensibilität und Kulturkompetenz für die Migranten erleichtert werden. Hilfreich kann hierfür die Bildung multikultureller Behandlungsteams sein. Therapeutenteams könnten unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz in der Arbeit mit Migranten unterstützt werden. In den Einrichtungen müssen die Mitarbeiter aber auch die Möglichkeit bekommen mit Dolmetschern zu arbeiten, um mit sprachlichen Hindernissen professionell umzugehen. Daneben sollte es für die Fachkräfte Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zum Thema Migration und seelische Gesundheit geben. Viele Migranten wünschen sich, dass ihre Angehörigen in Therapieprogramme miteinbezogen werden. Es empfehlen sich daher stärker auch familienbasierte Beratungs- und Therapieansätze. Hilfreich sind oft auch schriftliche muttersprachliche Informationen. Diese können sowohl in der Beratung als auch in einer Therapie eingesetzt werden. Schließlich benötigen wir für den Bereich der Nachsorge Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, die von Migranten auch genutzt werden. Hier empfiehlt sich eine professionelle Begleitung, da der Selbsthilfeansatz für Migranten aus den genannten Gründen einer veränderten Wir-Ich-Balance schwerer zu verstehen ist. Die familien- und gruppentherapeutischen Aspekte solcher Hilfe zur Selbsthilfe hingegen können positiv an die wir-orientierten kulturellen Ressourcen vieler Menschen mit Migrationshintergrund anknüpfen (Elzi und Pinci, 2009).

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007) (Hrsg.) 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Bauman, Z. (2005) *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit.* Hamburger Edition, Hamburg.
- Bekkum, D. v. (1999) *Transitorische Anfälligkeit als Risikofaktor.* In: R. Salman u. a.: *Handbuch Interkulturelle Suchthilfe.* Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Konsortium Bildungsberichterstattung im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (2006) (Hrsg.) „*Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*“ W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.
- Diederichs, B. (2008) *Schule und Migration: Debatten und Diskriminierungen.* (http://www.migration-boell.de/web/integration/47_1493.asp Zugriff am 24.05.2010)
- Elias, N. (2001) *Die Gesellschaft der Individuen.* In: *Gesammelte Schriften, Band 10.* Frankfurt a. M.
- Elias, N. (2006) *Die Zivilisierung der Eltern.* In: *Gesammelte Schriften, Band 6.* Frankfurt a. M.
- Elzi, M, Pinci, L, (2009) *Migration: Das Ende eines Gruppenseins?* In: Maschwitz, R., Müller, C. und Waldhoff, H.-P. (2009)
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., Rief, W. (2009) *Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? – Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung.* In: *Psychiatrische Praxis* 36: 16-22.
- Goldberg & Bridges (1988) *Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting.* *Journal of Psychosomatic Research*, 32; pp. 137-144.
- Göbber, J., Gündel, H., Henniger, S., Machleidt, W., Kimil, A. (2008) *Migration: Kulturelle Besonderheiten bei somatoformen Störungen.* In: *Psychotherapie im Dialog*; (03): 265-271.
- Haasen, Ch., Echegoyen, E. und E. Kleinemeier (2003) *Stationär-psychiatrische Aufnahmen von Migranten in Lüneburg im Vergleich mit Hamburg – In-Patient Psychiatric Admissions of Migrants in Lüneburg Compared to Hamburg,* Stuttgart.
- Haasen, Ch., Yagdrian, O., Censi, B. und E. Kleinemeier (2004) *Psychische Störungen bei türkischen Migranten – Inanspruchnahme einer Spezialambulanz,* Stuttgart.
- Hegemann, Th. & Salman, R. (2010) *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Hettlage-Vargas, A. (1992): Bikulturalität – Privileg oder Belastung? In: Kürsat-Ahlers (Hrsg.): Die multikulturelle Gesellschaft: Der Weg zur Gleichstellung? Frankfurt a. M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Kimil, A. und Salman, R. (2008) Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover. Sozialpsychiatrische Schriften Band 2, Herausgeber: Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover, Fachgruppe Migration und Psychiatrie. Hannover.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G. und M. Schouler-Ocak (2008) Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. In: Nervenarzt, 79 (3); S. 328–39.
- Krämer, A. und L. Prüfer-Krämer (2004) (Hrsg.) Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandaufnahme und Perspektiven. Weinheim und München.
- Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) (2009) (Hrsg.) Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Hannover.
- Machleidt, W., Grieger, D., Kimil, A., Menkhaus, B. und Salman, R. (2005) Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen für ältere Migranten – ein Überblick. In: Psychotherapie im Alter, 3 (1), 9-30.
- Mackenbach, J. and M. Bakker (2002) (Ed.) Reducing inequalities in health: a European perspective. London.
- Marmot, M. and R. Wilkinson (2001) (Ed.) Social determinants of health. Oxford (etc.).
- Marschalck, P. und K.-H. Wiedl 2001 (Hrsg.) Migration und Krankheit. Osnabrück.
- Maschwitz, R. Müller, C. und Waldhoff, H.-P. (2009) Die Kunst der Mehrstimmigkeit. Gruppenanalyse als Modell für die Zivilisierung von Konflikten, Gießen.
- Razum, O. (2000) Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Robert Koch-Institut, Heidelberg.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. und U. Ronellenfitsch (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, 101; A2882–A2887.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2007) Mikrozensus ([http://:www.destatis.de](http://www.destatis.de) Zugriff am 24.05.2010).
- Statistisches Bundesamt (2005) Mikrozensus ([http://:www.destatis.de](http://www.destatis.de) Zugriff am 24.05.2010).
- Salman R. (2010) Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann T. und Salman R. (Hrsg.) Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Salman R. und Hegemann T. (2003) Interkulturelle Aspekte medizinischer und psychotherapeutischer Praxis, in: A. Thomas (Hrsg.) Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation – Grundlagen und Praxisfelder; Vandenhoeck und Rupprecht: Göttingen.
- Salman, R. (1995) Hintergründe gelungener Migration. In: Koch, E. et. al (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Sluzki, C. (2010): Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.) Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Spreng-Courtney, M., (2009) Transkulturelle Phänomene und ihre Spiegelung in der Gruppe, in: Maschwitz/Müller/Waldhoff.
- Süddeutsche Zeitung (2010) Nr. 133 vom 14. Juni 2010, S. 18.
- Swaan, A. de (1991): Befehlsprinzip zum Verhandlungsprinzip: über neuere Verschiebungen im Gefühlshaushalt der Menschen. In: Der unendliche Prozeß der Zivilisation – Zur Kultursoziologie der Moderne nach Norbert Elias. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Uslucan, H.-H. (2010, im Druck) Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte. In G. Suess & W. Hammer (Hrsg.), Kinderschutz – Spannungsverhältnisse gestalten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Uslucan, H.-H. (2007). Männlichkeit, Gewalt und Erziehung in Migrantenfamilien. Familienpolitische Informationen, 6, 1-6.
- Wadsworth M. und M. Bartley (2006) Soziale Ungleichheit, Familienstrukturen und Gesundheit im Lebensverlauf. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 46, 2006, S. 125-143.
- Waldhoff, H. P. (1995): Fremde und Zivilisierung: wissenssoziologische Studien über das Verarbeiten von Gefühlen der Fremdheit. Probleme der modernen Peripherie-Zentrums-Migration am türkisch-deutschen Beispiel. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Anschrift des korrespondierenden Verfassers:

Dipl.-Psych. Ahmet Kimil
 Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover
 Königstraße 6
 30175 Hannover
 ethno@onlinehome.de

Besondere Aspekte in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund

von Marc Ziegenbein, Iris Tatjana Calliess, Wielant Machleidt, Marcel Sieberer

Migration und psychische Morbidität

Zahlreiche Migrationsstudien haben sich mit dem Zusammenhang von Migration und seelischer Gesundheit beschäftigt. Diese gingen von dem Eindruck aus, dass das Vorkommen schizophrener Psychosen in klinischen Populationen bei Migranten höher sei als bei Einheimischen. Viele dieser Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass die Häufigkeit schizophrener Störungen bei Migranten und ethnischen Minderheiten größer sei als es der Häufigkeit der Erkrankung im Gast- oder auch im Heimatland entspräche. Andere Arbeiten hingegen zeigen, dass die Schizophrenierate unter Migranten ganz, oder differenziert nach Ursprungskultur bzw. Aufenthaltsstatus zumindest in Teilen, niedriger sei als die der Aufnahmegesellschaft.

Die Datenlage dieser verschiedenen Untersuchungen ist heterogen, so dass sich aus den Ergebnissen bisher kein einheitliches oder eindeutiges Resultat ergibt. Als wichtige Erklärung für eine höhere Rate schizophrener Erkrankungen unter Migranten werden in erster Linie methodologische Gründe genannt. Nach Cochrane und Bal sei a) an eine erhöhte Schizophrenierate im Heimatland, b) eine Selektion von Migranten einer bestimmten Altersgruppe mit erhöhtem Risiko für eine Schizophrenie, c) an eine häufigere Migration vulnerabler oder manifest erkrankter Individuen und nicht zuletzt daran zu denken, dass d) Migrationsstress an sich zu einer erhöhten Erkrankungsrate führen könne. In Richtung der letzt genannten Hypothese argumentiert eine jüngst erschienene Metaanalyse von Cantor-Graae und Selten, die postulieren, dass Migration einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Schizophrenie darstelle. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass Migranten der ersten und zweiten Generation im Mittel im Vergleich zu Einheimischen ein 2,9-fach erhöhtes Schizophrenieerkrankungsrisiko haben. Interessanterweise sei das Erkrankungsrisiko der Migranten der ersten Generation nur etwa halb so hoch (2,7) wie das der zweiten (4,5). Migranten mit schwarzer Hautfarbe hätten ein etwa doppelt so hohes Erkrankungsrisiko wie Weiße oder Migranten, die weder eine schwarze noch eine weiße Hautfarbe besäßen. Allerdings lassen sich auch in dieser Metaanalyse soziokulturell bedingte Einflussfaktoren von migrationsspezifischen Größen nicht befriedigend trennen. Häfner argumentiert umgekehrt, dass für

die niedrigere Erkrankungsrate unter ausländischen Arbeitnehmern, d. h. den sog. „Gastarbeitern“, in erster Linie positive Selektionsvorgänge vor der Einwanderung auszumachen sind.

Die heterogene und zum Teil widersprüchliche Datenlage führte allerdings auch zu der hilfreichen Erkenntnis, dass Migration kein singuläres und einheitliches Phänomen ist. Migration an sich ist ein prozesshaftes Geschehen (s. u.), welches in besonderem Maße psychosozialen Stressoren unterliegt. Zu differenzieren sind hierbei das Individuum, welches migriert, die Motive für und die Umstände der Migration, die Beziehungen zwischen dem Heimat- und dem Gastland (z. B. politische, diplomatische) sowie das Verhältnis zwischen der Aufnahme- und der Ursprungskultur (z. B. individualistisch versus kollektivistisch) und die Art und Weise der Aufnahme einschließlich des Aufenthaltsstatus und der aktuellen Lebensbedingungen (z. B. soziale Schicht, Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnisse, etwaige Benachteiligung) des Migranten im Gastland. All diese Faktoren – ebenso wie spezifische Risikokonstellationen (aktuelle Lebensbedingungen, Vorgeschichte, körperlicher Gesundheitszustand) – beeinflussen in hohem Maße die Akkulturationsmöglichkeiten und –fähigkeiten eines Migranten.

Heute kann man davon ausgehen, dass Migration einen wesentlichen Auslösefaktor bei der Entwicklung sogenannter Stresserkrankungen, wie beispielsweise depressiver Störungen, Angst- und Abhängigkeitserkrankungen oder psychosomatischer Reaktionen, darstellen kann. Salutogenetische Ansätze finden nach wie vor verhältnismäßig wenig Berücksichtigung.

Verlässliche epidemiologische Daten über Migranten in Deutschland, die sich nicht nur auf die Inanspruchnahmepopulation beziehen, fehlen bis heute. Es wird angenommen, dass die psychische Morbidität von Migranten mindestens so hoch ist wie die der einheimischen Bevölkerung. Dabei müssen die unterschiedlichen Migrantengruppen differenziert werden: Bei gewaltsam vertriebenen Kriegsflüchtlingen, Asylsuchenden, politisch Verfolgten und illegalen Zuwanderern wird aufgrund von Traumatisierung eine höhere psychische Morbidität angenommen.

Sprachprobleme und sprachliche Verständigung

Sprachprobleme. Beim erwachsenen Migranten bleiben Gefühle und Erinnerungen an die so genannte Muttersprache gebunden. Marcos und Alpert (1976) wiesen auf ein Phänomen hin, welches sie "language independence" nannten. Danach kommt es beim Benutzen einer Zweitsprache im Gegensatz zur Muttersprache zur Trennung des Affekts vom Inhalt des Gesagten, da Gefühle, Erinnerungen und Assoziationen in der Muttersprache erlebt wurden und in der kognitiv erworbenen Zweitsprache somit nicht zur Verfügung stehen. Bilinguale Patienten wirken daher, wenn sie in ihrer Zweitsprache interviewt werden, auf den Untersucher häufig emotionslos und affektiv nur wenig schwingungsfähig. Bei Unkenntnis dieses Phänomens kann es zu psychopathologischen Fehleinschätzungen mit entsprechend schwerwiegenden Folgen kommen. Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang wurde von Heinemann und Assion (1996) beleuchtet: Sie konnten bei polyglotten Patienten zeigen, dass die Regression in der akuten Psychose einhergeht mit einer Regression auf die Muttersprache und einem scheinbar vollständigen Verlust der vor Erkrankungsbeginn perfekten Fremdsprachenkenntnisse. Dieser Prozess ist reversibel, da nach Abklingen der akuten Symptomatik die Zweitsprache wieder zur Verfügung steht. Hieraus ersieht man, dass Fremdsprachenkenntnisse vom Grad einer psychischen Erkrankung abhängig sein und im Verlauf einer psychischen Erkrankung starken Schwankungen unterliegen können.

Das transkulturelle Gespräch ist eine besondere Art der Kommunikation, bei der den beteiligten Gesprächspartnern die Unterschiedlichkeit der eigenen und der fremden Kultur vor Augen geführt wird. Es kann im Gegensatz zur monokulturellen Gesprächssituation nicht davon ausgegangen werden, dass die Anwesenden dieselben Zeichen benutzen, um dieselben Inhalte zu beschreiben und dieselben Bedeutungen zu übermitteln. Im klinischen und therapeutischen Kontext wird irrigerweise häufig davon ausgegangen, dass unter Begriffen der westlichen Welt wie Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Wille, Selbst, Seele oder Persönlichkeit in fremden Kulturen dasselbe verstanden wird (Littlewood 1992, Krause 1998). Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen, auf die Migranten mit einer speziellen Abwehr reagieren.

Das für den weiteren Verlauf so entscheidende **Erstinterview** sollte aufgrund des bisher Gesagten nach Möglichkeit in der Muttersprache des Patienten geführt werden. Sollte das nicht realisierbar sein, wäre der Einsatz professionell geschulter Dolmetscher, die als soziokulturelle und sprachliche Mittler fungieren,

wünschenswert. Dies ist leider in Deutschland bisher nur eingeschränkt möglich. Ein viel versprechender und erfolgreicher Ansatz konnte bisher modellhaft in Niedersachsen erprobt werden: Hier finanziert das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales einen moderierenden, vernetzenden und interkulturellen Gesundheitsdienst, das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover, das einen Dolmetscherdienst mit über 200 medizinisch, psychologisch und sozial geschulten Dolmetschern bei einem Spektrum von über 50 Sprachen anbietet (Heise et al. 2000).

Dolmetscher im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext sehen sich häufig mit einer Vielzahl teilweise sogar widersprüchlicher Erwartungen konfrontiert (Salman 2002): Als „kulturelle Brücke zwischen Majorität und Minorität“ sollen sie einerseits zu sprachlicher und zugleich kultureller Verständigung verhelfen. Andererseits möchten sie ihre professionellen Grenzen wahren und lediglich „Sprachrohr“ der Beteiligten sein, ohne eigene Gespräche mit Patienten zu führen, wie es gelegentlich der Fall ist. Das Gelingen eines guten, verständlichen und effektiven Gesprächs zwischen Patient, Dolmetscher und Therapeut folgt gewissen Regeln, die von Salman (2001) konzipiert wurden und im Folgenden kurz dargelegt werden:

1. Um ein fachlich angemessenes Dolmetschen garantieren zu können, sollte mit dem Dolmetscher ein Vor- und Nachgespräch geführt werden. Dies erleichtert dem Dolmetscher die Abgrenzung, die Wahrung der Neutralität und die Reflektion der Übertragungen vor dem eigenen Migrationshintergrund.
2. Neutralität gehört neben der Fachkompetenz, wörtlich und inhaltlich genau, kommentarlos und unparteiisch zu übersetzen, zu den wichtigsten Fähigkeiten eines Dolmetschers. Der Einsatz von Verwandten oder Freunden des Patienten ist gerade aus Gründen der Neutralität eher als problematisch anzusehen.
3. Der Einsatz möglichst gleichgeschlechtlicher Dolmetscher hat sich bewährt.
4. Altersunterschiede zwischen Dolmetscher und Patient sollten nicht zu groß ausfallen.
5. Kontinuität in den Gesprächsbeziehungen durch das Heranziehen von Dolmetschern, mit denen bereits positive Erfahrungen erzielt wurden, ist sinnvoll.
6. Dolmetscher, die neben ihren Sprachkenntnissen nicht über ausreichendes kulturelles Hintergrundwissen verfügen, erschweren Therapieprozesse.

Bei der **kulturspezifischen** Anamnese ist zu berücksichtigen, dass Angaben zu Zeiten und Orten sich teilweise mehr an Jahreszeiten, religiösen Festen und lokalen geographischen Gegebenheiten orientieren, als an Ortsnamen oder Datumsangaben. Zahlen sind dabei häufig nur Richtwerte und nicht mathematisch exakt. Wir kann sich beziehen auf die Familie, die Landsleute oder das eigene Volk. Diese Punkte führen immer wieder zu Missverständnissen.

Kultur und Krankheitsverarbeitung

Unter der großen Anzahl von Persönlichkeitsdimensionen, die verwendet wurden, um Kulturen zu beschreiben (Hofstede 1980), kommt der **Dimension von Individualismus versus Kollektivismus** von Triandis (1989; 1993; 1995) die größte Bedeutung zu. Triandis (1995) beschrieb drei definitorische Gegensätze, die mit dieser Dimension einhergehen: erstens hinsichtlich der Selbstkonzepte einer autonomen unabhängigen Person einerseits und einer Person, die mit bedeutsamen sozialen Gruppen verbunden ist, andererseits; zweitens in Hinblick auf die Priorität persönlicher Ziele im Gegensatz zu den Interessen einer Gemeinschaft und drittens hinsichtlich der Bedeutung von persönlichen Eigenschaften versus sozialer Rollen- und Normerwartungen bei der Verhaltenssteuerung. Die Dimension von Individualismus versus Kollektivismus wurde auf verschiedene Weise mit Persönlichkeit in Verbindung gebracht. Zum einen wurde diese Dimension in der Forschung als unabhängige Variable betrachtet und entsprechend als – zumindest eine – Ursache für kulturelle Unterschiede der Persönlichkeit erachtet (Triandis 1995). Zum anderen wurde die Dimension von Individualismus versus Kollektivismus als abhängige Variable bezüglich der individuellen Unterschiede von Persönlichkeit gesehen und in Studien gemessen, wo sie manchmal auch als **Dimension von Idiozentrismus versus Allozentrismus** bezeichnet wurde (Triandis et al. 1985). Darüber hinaus wurde die Dimension von Individualismus versus Kollektivismus als eine Art „Meta-Persönlichkeitszug“ konzipiert: Von Kulturen und Individuen, die eher individualistisch sind, nimmt man an, dass sie mehr Persönlichkeitszüge aufweisen als Kulturen oder Individuen, die eher kollektivistisch ausgerichtet sind (Rhee et al. 1995; Triandis 1989, 1995).

Für Menschen aus kollektivistischen Kulturen sind die eigenen psychischen Bereiche in der Regel nicht wahrnehmbar. Individuelle Vorstellungen müssen zugunsten des Sozialgefüges in den Hintergrund treten, so dass die Reflektion eigener seelsicher Entwicklung und psychischer Befindlichkeit ungewohnt und fremd, wenn nicht gar unmöglich ist (Tuna und Salman 1999).

Kultur kann hinsichtlich der klinischen Manifestation von Persönlichkeitsauffälligkeiten eine protektive Funktion haben. Bei Migration in eine neue kulturelle Umgebung fällt die Schutzfunktion der Ursprungskultur weg. Dies hat zur Folge, dass die Vulnerabilität eines Individuums in der Gastgesellschaft exponiert ist, was zur Manifestation von seelischen Krisen und Persönlichkeitsauffälligkeiten führen kann. Paris (1996, 1998) hat insbesondere für die emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen des Clusters B herausgearbeitet, dass die Lebensbedingungen traditioneller Gesellschaften soziale und kulturelle protektive Faktoren aufweisen, die trotz biologisch determinierter Vulnerabilität die Entwicklung emotional instabiler Persönlichkeitsstörungen verhindern. Sartorius konnte in den Follow-up-Studien der International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) zeigen, dass die Verläufe schizophrener Erkrankter in agrarischen Gesellschaften aufgrund der höheren Kohäsivität in größeren sozialen Verbänden günstiger sind.

Traditionelle Gesellschaften sind nach dieser Ansicht charakterisiert durch langsame sozialen Wandel, Kontinuität zwischen den Generationen, hohe familiäre und gesellschaftliche Kohäsion und eindeutige soziale Rollen und Werte (z. B. Achtung, Respekt und Autorität). Im Gegensatz dazu zeichnen sich **moderne Gesellschaften** durch schnellen sozialen Wandel, Diskontinuität zwischen den Generationen, geringe familiäre und gesellschaftliche Kohäsion und unklare soziale Rollen aus (Paris 1998). Obwohl es große Unterschiede zwischen traditionellen Gesellschaften gibt, ist ihnen allen gemeinsam, dass klare Erwartungen an und eindeutige und vorhersagbare soziale Rollen für die Mitglieder einer solchen kulturellen Gemeinschaft existieren. Im Ergebnis werden vulnerable Individuen davor geschützt, sich nutzlos oder sozial isoliert zu fühlen. In modernen Gesellschaften hingegen hat der Wegfall stabiler sozialer Strukturen zu rapidem gesellschaftlichem Wandel mit einem Verlust sicherer sozialer Rollenmodelle geführt. Modernität verlangt ein hohes Maß an Autonomie und erlegt den Menschen auf, ihre sozialen Rollen selbst zu schaffen und zu gestalten.

In traditionellen Gesellschaften können dysfunktionale Familienverhältnisse durch Großfamilien und starke Bezüge zur sozialen und religiösen Gemeinschaft aufgefangen werden (Paris 1996). Darüber hinaus unterdrücken die genannten sozialen Strukturen generell aufgrund ausgeprägter Familien- und Gruppenkohäsion Phänomene von Impulsivität oder emotionaler Instabilität, i. e. Verhaltenszüge, die in erster Linie mit modernen Gesellschaften in Verbindung gebracht werden. Bei der Migration von einer traditionellen in eine moderne Gesellschaft wird der historische und soziale Prozess der Modernisierung Teil einer persönlichen Erfahrung von Individuen. In diesem Prozess sind Migranten

einem höheren Risiko für die Entwicklung von Psychopathologie ausgesetzt. Paris (1996) hat für die Borderline-Persönlichkeitsstörung gezeigt, dass Patienten mit entsprechender Prädisposition und Vulnerabilität in traditionellen Herkunftskulturen aufgrund soziokultureller protektiver Faktoren vor der Manifestation der Erkrankung geschützt waren und erst nach Migration in eine moderne Gastkultur eine klinisch relevante Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelten. Umgekehrt können Menschen mit einer zurückhaltenden Persönlichkeitsstruktur in ihrer Ursprungskultur gut funktioniert haben und erst mit der Migration und konsekutiven Exposition in einer aggressiven Gastkultur inadäquate passive Persönlichkeitsauffälligkeiten präsentieren.

Zum Krankheitsverständnis von Migranten

Das Krankheitsverständnis von Migranten ist keineswegs statisch, sondern in der ständigen Auseinandersetzung mit der Gastkultur einem häufig nachhaltigen Wandel unterworfen. Ist die Akkulturation an die aufnehmende Kultur bereits fortgeschritten, so findet man bei Migranten in Deutschland und bei deren größter Gruppe, den Türken, Elemente medizinisch-naturwissenschaftlicher Verstehensmodelle neben den traditionellen religiösen und magischen Sichtweisen. Individuell erfolgen ganz unterschiedliche Verknüpfungen traditioneller und moderner Vorstellungen von Krankheit. Eine Tendenz lässt sich jedoch festhalten: Die Elterngeneration, die noch im Heimatland aufgewachsen ist, fühlt sich mehr den traditionellen Erklärungsmodellen verbunden als die Angehörigen der zweiten und dritten Migrantengeneration. Die Generationen, aber auch die Individuen und Angehörige kultureller Minoritäten vertreten unterschiedlich stark variierende und sich überschneidende Modelle hinsichtlich der Krankheitsursachen. Traditionelle (aber auch alle anderen) Krankheitskonzepte beeinflussen die Erwartungen, die an die Therapie gestellt werden:

- Wird der religiöse Verständniszugang gewählt, so wird Krankheit als Strafe von einer höheren Instanz wie Gott, den Ahnen, Dämonen oder Geistern für menschliches Fehlverhalten verstanden. Therapie hat dann die Funktion der Sühne, Medikamentengabe die Funktion der Linderung von Strafe.
- In magischen Sichtweisen werden Krankheiten als Störung der sozialen Interaktion interpretiert und den negativen Einwirkungen von Mitmenschen oder Verstorbenen zugeschrieben. In den Heilungsprozess müssen folgerichtig die Mitglieder der sozialen Gruppe des Betroffenen bzw. die Großfamilie mit einbezogen werden. So formuliert Peseschkian (1998) treffend in einer transkulturellen Betrachtung zum Unterschied zwischen Orient und Okzident: „Ist hier (im *Orient*) jemand erkrankt, so wird das Bett ins Wohnzimmer gestellt.“

Der Kranke steht im Mittelpunkt und wird von zahlreichen Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden besucht. Ein Ausbleiben der Besucher würde als Beleidigung und mangelnde Anteilnahme aufgefasst. Wenn jemand (im *Okzident*) krank ist, möchte er seine Ruhe haben. Er wird von wenigen Personen besucht. Besuche werden auch als soziale Kontrolle empfunden.“

Tuna und Salman (1999) haben beobachtet, dass sich in vielen sozialmedizinischen Gutachten über Antragsteller türkischer Herkunft häufig typische Formulierungen zur Verhaltensbeschreibung finden. Folgende Zitate sollen über dieses Phänomen exemplarisch einen Eindruck vermitteln:

- „Jede Bewegung des Körpers wird von Schmerzbekundungen begleitet.“
- „Ihr Verhalten ist leidensbetont mit demonstrativen Schmerzangaben.“
- „In psychischer Hinsicht leidensbetontes Ausdrucksverhalten,...“
- „Auffallend ist hier eine nicht zu übersehende Aggravationstendenz...“

Aufgrund des kollektivistischen Hintergrundes ist das Psychologisieren Menschen aus traditionellen Gesellschaften fremd. Anstelle des individualistischen Ausdrucks von Wünschen und Emotionen treten hier nonverbale (schmerzverzogenes Gesicht, leidender Ausdruck, Bewegungsschwierigkeiten) und indirekte (z. B. Schmerzbekundungen durch Stöhnen, Ächzen, Klagen) Kommunikationsformen. Insbesondere bei türkischen Probanden mit nur geringer Schulbildung fehlen Informationen über Körpervorgänge, so dass es nicht verwundern kann, wenn ungewöhnlich anmutende Krankheitsvorstellungen bestehen. Symptome und Krankheiten sind in diesen Vorstellungen eng verknüpft. Krankheit wird daher über Körperfunktionsstörungen, wie Schmerzen oder äußerlich sichtbare Defizite, wahrgenommen und definiert. Grundsätzlich gilt für Probanden aus traditionellen Gesellschaften, dass das Krankheitsverständnis ein leiblich-seelisch-ganzheitliches ist, welches leibnahe und schmerzbetonte Symptome hervorruft (Tuna und Salmann 1999). Häufig betroffene Organe sind Leber, Lunge und Herz. Depressive Störungen äußern sich nicht selten als funktionelle Störungen oder psychogene Schmerzsyndrome mit

- diffusen unspezifischen Beschwerden
- Organschmerzen
- Muskelbeschwerden
- Lähmungen und Sensibilitätsstörungen im Bereich der Extremitäten (pseudokonversionsneurotische Bilder)
- hypochondrischen Befürchtungen

- diffusen Ängsten, insbesondere vor den Folgen der Erkrankung (z. B. Invalidität)
- Schlafstörungen
- Erschöpfungssyndrome
- Schwindelzustände unklarer Genese
- Dysphorie, Nervosität und innerer Unruhe

Während in modernen Gesellschaften das bio-medizinische Krankheitskonzept vorherrscht, ist in türkischen bäuerlichen Kulturen das Krankheitsverständnis durch die Volksmedizin geprägt. In dieser Vorstellung dringt die Krankheit von außen in den Körper ein und befällt ihn ganzheitlich, so dass türkische Patienten in der Regel nur unspezifische Angaben über ihr Unwohlsein machen können (bspw. allgemeiner Vitalitätsverlust, diffuse Erschöpfungszustände oder Schmerzsyndrom).

Diese Beispiele machen deutlich, dass insbesondere bei psychischen Erkrankungen eine Therapie gewählt werden muss, die von den individuellen Krankheits-theorien und Erwartungen des Betroffenen und seiner Angehörigen ausgeht, und eine Methode zur Anwendung kommen muss, von der der Behandelte und seine Bezugsgruppe sich einen Erfolg versprechen. Dies erfordert von den Behandlern eine Offenheit für transkulturelle Sichtweisen von Krankheit und Genesung und ein hohes Maß an therapeutischer Flexibilität. Für Krankheitsvorstellungen von Migranten gilt im übrigen: Je weniger überzeugend die Therapieerfolge der westlichen naturwissenschaftlichen Medizin sind, z. B. bei chronifizierenden Krankheitsverläufen, um so eher besteht bei Migranten die Neigung, auf traditionelle Erklärungsmodelle und Behandlungsmethoden aus ihrer Ursprungskultur zurückzugreifen (Salman 1998, Hoffmann und Machleidt 1997).

Ätiopathogenese psychischer Störungen bei Migranten

Assion (2005) hat psychische Reaktionen und seelische Störungen im Zusammenhang mit Migration und in Bezug auf ihre Kulturabhängigkeit folgendermaßen unterteilt:

1. kulturabhängige (normalpsychologische) Besonderheiten, Reaktionen auf den Migrationsstress oder eine fremde Kultur, die im Schwellenbereich zu krankheitswertigen Symptomen angesiedelt sind;
2. mit einem Migrationsprozess/-hintergrund häufig assoziierte Störungen (sog. „migrationstypische Störungen“), wozu Depression, psychosomatische Beschwerden, Somatisierung und posttraumatische Belastungsstörungen zählen;

3. vom Migrationsprozess primär unabhängige psychische Störungen, bei denen ein Migrationshintergrund sekundär die Ausprägung, Symptomatik und den Verlauf einer Erkrankung oder den Zugang zu professioneller Hilfe beeinflusst (z. B. Schizophrenie, bipolare Störungen, Demenz).

Depressive Störungen bei Migranten

Depressive Syndrome sind als Stresserkrankungen bei Migranten in Europa und Amerika sehr verbreitet und möglicherweise die häufigste psychische Störung bei Menschen, die ihren Wohnsitz in andere Länder verlegen und dabei besonderen sozialen und psychischen Belastungen und einer erhöhten Vulnerabilität ausgesetzt sind. Kleinman (2004) schätzt, dass wenigstens 50 % der Immigranten und Mitglieder ethnischer Minoritäten in den USA an einer klinischen Depression leiden. In einer Studie über die Lebenszeithäufigkeit von Majordepressionen in verschiedenen ethnischen Gruppen der USA zeigte sich, dass in der Gruppe der weißen Einwanderer und der aus Puerto Rico stammenden Migranten die höchsten Depressionsraten gefunden wurden; bei den Puerto Ricanern ebenso wie bei den kubanischen Einwanderern ging diese mit einer erhöhten Lebenszeitprävalenz an Suizidversuchen einher. Verglichen wurden in zwei Gruppen weiße, schwarze und spanische Einwanderer in Los Angeles sowie Migranten aus Mexiko, Kuba und Puerto Rico (Oquendo 2004). In einer europäischen Studie über die Häufigkeit und die Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung bei älteren türkischen und marokkanischen Migranten in den Niederlanden zeigte sich ähnliches wie in den USA: Die Prävalenz depressiver Symptome betrug bei älteren Migranten aus Marokko 33,6 % und aus der Türkei 61,5 % und lag damit erheblich höher als bei einheimischen Niederländern mit 14,5 %. Darüber hinaus war der Ausbildungsgrad und das Einkommen von Migranten sehr niedrig, und sie hatten eine hohe Zahl körperlicher Behinderungen und chronischer medizinischer Erkrankungen. Der Faktor ethnische Herkunft war allein für sich mit dem Vorliegen bedeutsamer klinischer depressiver Symptome assoziiert. Die Ethnizität war demnach ein starker unabhängiger Risikofaktor für klinisch relevante depressive Symptome.

Als transkulturell verbindliche Kernsymptome depressiver Störungen gelten heute intensive „vitale“ Traurigkeit, die Unfähigkeit, Freude zu erleben, Interesseverlust und Energielosigkeit, Gefühle eigener Wertlosigkeit, Angst sowie kognitive Einbußen. Dies war auch das Ergebnis einer 1972 von der WHO initiierten internationalen Studie mit standardisierter Methodik zur depressiven Symptomatologie in verschiedenen Kulturen (Sartorius et al. 1983).

Zusätzliche psychotische Symptome wie Halluzinationen oder depressiver Wahn werden bei Patienten im euro-amerikanischen Raum häufiger als in anderen Kulturen angegeben. Wahnhalte beziehen sich bei Euro-Amerikanern vorrangig auf die Themen Schuld, Verarmung und Krankheit, im Nahen und Fernen Osten eher auf Hypochondrie und Verfolgung. Wahnhalte müssen sorgfältig von traditionellen Glaubensinhalten und magischen Auffassungen differenziert werden, nach denen – entsprechend dem traditionellen Krankheitsverständnis – „aggressive Geister“, „Ahnengeister“, „Hexerei“, „Fluch“, „böser Blick“ u. a. als ursächlich für die Erkrankung angenommen werden. Wertlosigkeits- und Schuldgefühle, führende Symptome im euro-amerikanischen Bereich, haben im Vorderen Orient und in Asien eine geringere Häufigkeit, genauso wie Versündigungsgedanken. Es lassen sich also durchaus jenseits der depressiven Kernsymptome interkulturelle Symptomvarianten erkennen.

Somatisierung

Die Somatisierung oder Psychologisierung depressiver Symptome in verschiedenen Kulturen hat einen breiten wissenschaftlichen Diskurs ausgelöst. Der theoretische Hintergrund für diesen Diskurs war die Annahme, dass Kulturen mit hoher Akkulturation und Zivilisation bei der Präsentation depressiver Symptomatik eher psychologisieren, während weniger entwickelte Kulturen eher somatisieren. Dies ist zweifellos eine Annahme, die latente diskriminierende Elemente enthält, denn auch in der westlichen Welt reicht das Spektrum des symptomatologischen Variantenreichtums depressiver Syndrome von der psychologischen bis zur körperbetonten Ausdrucksform. Einer der internationalen Wegbereiter der Transkulturellen Psychiatrie Arthur Kleinman, der sich besonders eingehend mit psychischen Störungen bei Chinesen beschäftigt hat, betonte, dass viele depressive Chinesen nicht über ein Gefühl von Traurigkeit klagen, sondern vielmehr über Langeweile, Unbehagen, Gefühle innerer Spannung und Symptome wie Schmerz, Schwindel und Erschöpfung berichten. Diese kulturell kodierten Symptome mögen für die Diagnostik bei chinesischen Immigranten in den USA verwirrend sein und sollen möglicherweise auch diese Funktion haben, denn chinesische Immigranten empfinden die Diagnose einer Depression aus moralischen Gründen unakzeptabel und von ihrer persönlichen Erlebnisevidenz her als nichtssagend. In China werden solche Syndrome deshalb mit Vorliebe unter Neurasthenie, Hypochondrie oder unter ihren multiplen Somatisierungen klassifiziert (Kleinman 2004, 1982).

Interessant waren die Ergebnisse einer internationalen Multi-Center-Studie in 5 Kontinenten und 14 Ländern über den Zusammenhang zwischen einer Episode einer Major Depression und somatischen Symptomen von Patienten, die allgemeinmedizinische Dienste (Primary Care Centers) aufsuchten. Die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Studie (Simon et al. 1999) waren hinsichtlich der Somatisierungsdebatte äußerst aufschlussreich und überraschend. Die Studienergebnisse weisen eher auf die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung hinsichtlich der Somatisierungs- oder Psychologisierungseigung der Patienten mit depressivem Syndrom hin, als auf ihre kulturelle und sozioökonomische Herkunft. Es scheint so, dass Patienten glauben, beim Aufsuchen eines allgemeinmedizinischen Dienstes somatische Symptome präsentieren zu müssen. Diese Art „fakultativer Somatisierung“ kann als „Eintrittskarte“ und „Eröffnungszug“ der Arzt-Patient-Beziehung in einem allgemeinmedizinischen Dienst über Kulturgrenzen und sozioökonomische Statusunterschiede hinweg verstanden werden. Je besser allerdings die Vertrauensbildung in der Arzt-Patient-Beziehung, umso mehr kann diese formale Zutrittsberechtigung entfallen. Bei Vorliegen einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung war im Gegensatz zum Erstkontakt die Psychologisierungseigung über alle Zentren gleich, so dass Somatisierung eine Funktion der Vertrautheit der Arzt-Patient-Beziehung anzeigt. Beide Symptome allerdings, die Somatisierung im Sinne multisomatoformer Symptomatik kann ebenso wie die Psychologisierung als ein transkulturell universelles Kernsymptom verstanden werden und sollte bei einer Revision des DSM-IV genauso aufgeführt werden wie die psychologischen Kernsymptome.

Traumatisierte Migranten

Die häufigste Ursache für posttraumatische Störungen bei Flüchtlingen und Migranten in Westeuropa sind Erfahrungen von sogenannter organisierter Gewalt. Gemäß WHO werden unter dem Begriff der organisierten Gewalt alle Formen zielbewusst eingesetzter physischer und psychischer Gewalt gegen Menschen durch Staaten, Organisationen und Gruppierungen verstanden. Hierunter fallen Folter, Unterdrückung, Geiselnhaft, Kriegshandlungen und andere Formen politisch, religiös, ethnisch oder anderweitig weltanschaulich begründeter Gewalt. Diese traumatischen Erfahrungen werden als „man made disasters“ bezeichnet und haben – im Gegensatz zu Unglücksfällen oder Naturkatastrophen, die nicht bewusst durch menschliches Handeln herbeigeführt werden – in der Regel schwere psychische Folgen.

Jedoch sind nicht alle Flüchtlinge und Migranten, die Gewalt erlebt haben, traumatisiert in dem Sinne, dass sie einer speziellen Behandlung bedürfen. Selbst ähnliche Traumatisierungen haben nicht bei allen Menschen die gleichen Folgen, da korrektive Faktoren bei der Verarbeitung der traumatischen Situation und protektive Faktoren im Sinne biographischer Disposition schützend oder zumindest mildernd wirken können. Man kann davon ausgehen, dass zwischen 5 und 30 % der Flüchtlinge aufgrund von Traumatisierung durch organisierte Gewalt unter psychischen Störungen leiden.

Die Situation von Flüchtlingen und Migranten wird über die Gewalterfahrung in den Herkunftsländern hinaus durch den Prozess der Migration, der seinerseits vulnerabel, potentiell pathogen und möglicherweise ebenfalls traumatisierend sein kann, einerseits sowie durch die Exilproblematik andererseits verschärft. Hinzu treten für Flüchtlinge häufig psychosozial schwierige Rahmenbedingungen, beispielsweise aufgrund eines unsicheren Aufenthaltsstatus. Flüchtlinge legen daher Psychiatern gegenüber häufig ein tiefes Misstrauen an den Tag: Sie projizieren die verfolgten Erfahrungen im Heimatland ebenso auf den Untersucher wie die negativen Erlebnisse mit deutschen Behörden.

Viele traumatisierte Menschen erleiden nicht nur einmal, sondern mehrmals in ihrem Leben eine posttraumatische Symptomatik. Es ist daher wichtig, zwischen einer aktuellen („current“) und einer irgendwann im Leben auftretenden („lifetime“) posttraumatischen Störung zu unterscheiden. Wesentlich für unsere Thematik ist ferner, dass eine posttraumatische Belastungsreaktion auch nach Monaten, manchmal gar erst nach Jahren als sogenanntes verzögertes posttraumatisches Belastungssyndrom in Erscheinung treten kann. Einem früheren Erlebnis wird dann bedingt durch eine Wiederholung von Komponenten der traumatischen Situation oder durch Lebenskrisen nachträglich eine existentiell bedrohliche Bedeutung verliehen. Dieser Zusammenhang ist bei traumatisierten Migranten wesentlich, da Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten in Unkenntnis der Möglichkeit eines verzögerten posttraumatischen Belastungssyndroms mit Anpassungsstörungen im Rahmen des migratorischen Prozesses verwechselt werden können und somit der traumatische Hintergrund der Problematik unerkannt bleibt.

Nicht unerwähnt bleiben darf, da für den diagnostischen und therapeutischen Prozess von immanenter Wichtigkeit, dass es kulturelle Unterschiede im Umgang mit traumatischen Ereignissen gibt. In einigen Kulturen kommuniziert man fast ausschließlich nonverbal über schmerzhafteste Verluste oder Ereignisse.

Dies kann in westlichen Kulturen zu dem Missverständnis führen, dass Traumata auf Seiten von Migranten geleugnet werden. Die Gepflogenheit, das Unheil nicht beim Namen zu nennen, kann Ausdruck entweder einer Behutsamkeit gegenüber Traumatisierten sein oder der Befürchtung, durch Aussprechen des Bösen es herbeizurufen. Umgekehrt dürfen Vorbehalte von traumatisierten Migranten der Psychiatrie gegenüber nicht als kulturelle Vorurteile missinterpretiert werden sondern müssen auf dem Hintergrund der realen Erfahrung eines möglichen politischen Missbrauchs der Psychiatrie sowie des Mitwirkens von Ärzten bei Folter verstanden werden.

Schlussfolgerung

Die Bedeutung der interkulturellen Psychiatrie hat in den letzten Jahren weiter zugenommen. Das Wissen über die kulturellen Aspekte der Ätiologie, der Epidemiologie und dem Erscheinungsbild sowie der Therapie psychischer Krankheiten stellt einen wichtigen Aspekt in der täglichen psychiatrischen Arbeit mit Migranten dar.

Literatur

Kann bei den Autoren angefragt werden.

Anschrift des korrespondierenden Verfassers:

Prof. Dr. med. Marc Ziegenbein
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover
ziegenbein.marc@mh-hannover.de

Flüchtlinge mit posttraumatischer Belastungsstörung: Krisenintervention und Begutachtung

Kontext- und traumaspezifische Krisen – Für und Wider der Begutachtung *von Hajo Engbers*

Der Zusammenhang und die Kombination der Themen Krisenintervention und Begutachtung lässt sich am Schnellsten an einer kurzen Fallvignette verdeutlichen: Frau A. lebt seit vielen Jahren in Kiel. Ihr Asylverfahren und das ihres Mannes scheiterten schon vor mehreren Jahren, seit dem wird die Familie geduldet. Fast jährlich muss Frau A. sich einer Begutachtung durch das Gesundheitsamt unterziehen, da sie psychisch krank ist. Bisher wurde sie regelmäßig als nicht reisefähig eingestuft, da sich zum Untersuchungstermin hin die Symptomatik oft verschärft. Der Einladungsbrief vom Gesundheitsamt löste wieder – wie überhaupt Behördenbriefe – eine schwere psychische Krise aus. Sie wird dann in solchen Situationen extrem hilflos, ist verzweifelt, weint unablässig und ist unfähig, sich um ihre Kinder zu kümmern. Im Extrem bricht sie psychisch in sich zusammen und ist nicht ansprechbar.

1 Gutachterpraxis

1.1 „Ungute“ Vorgeschichte

Die psychologische Begutachtung von Opfern (hier: Überlebende der Konzentrationslager) durch Entschädigungsämter hat eine unguete Vorgeschichte. Zwei Stimmen zu diesem historischen Thema: Prof. Kretschmer: „Entscheidend für die Begutachtung in Versicherungsfragen ist die Tatsache, dass Affekte und Erlebnisse der Vergangenheit, auch schwerer Art, an sich keine fortdauernde Neurose machen.“ Damals entstand eine extreme Polarisierung in Bezug auf dieses Thema. Kurt Eissler veröffentlichte 1958 dazu einen Artikel mit der Überschrift: „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale psychische Konstitution zu haben“. Die jeweiligen politischen und sozialen Realitäten beeinflussen Abwehr- und Verleugnungstendenzen, so dass kaum eine vorurteilsfreie Betrachtung möglich ist.

1.2 Ordnungspolitik und Einzelschicksal

Ausländerbehörden sind Ordnungsämter, die nicht das einzelne Flüchtlingsschicksal in ihrer Komplexität betrachten. Sie bewegen sich dabei in juristischen Relationen, die sich in Wenn-Dann-Kausalitäten und in Soll- oder Kann-Normen

ausdrücken. Es besteht die Gefahr, dass Mediziner und Psychologen instrumentalisiert werden, indem es zu einem Konflikt zwischen einer Staatsraison auf der einen Seite und dem Wohl von Patienten andererseits kommen kann. Wenn Ärzte bei der Abschiebung mithelfen, ist dieser Konflikt wohl in Richtung Staatsraison verschoben (Polizeiärzteskandal in Berlin). Vor einigen Jahren wurde in Schleswig-Holstein eine Ärztin/Sportmedizinerin regelmäßig von einem Landkreis beauftragt, Reisefähigkeit zu prüfen. Damals untersuchte die Staatsanwaltschaft diesen Fall wegen des Verdachtes auf Erstellung von Gefälligkeitsgutachten.

Ein anderes Problem betrifft die Definition von Reisefähigkeit:

In einem Erlass des hessischen Innenministeriums von 2002 heißt es: „... es ist nur um die Feststellung der Flugreisetauglichkeit, also die Transportfähigkeit auf dem Luftweg, zu bitten.“ Und weiter: „Der bloßen Flugreisefähigkeit dürfte eine posttraumatische Belastungsstörung in aller Regel nicht entgegenstehen.“ Auch ein Arzt in Schleswig-Holstein schrieb nach einer Untersuchung eines schwer traumatisierten Flüchtlings in seiner Stellungnahme: „Der Begriff der Reisefähigkeit bedarf der Auslegung. Unter der Voraussetzung, dass der Transport ausreichend abgesichert wird und in Begleitung eines Arztes stattfindet, der den Betreffenden in geeigneter Weise sedieren könnte, ist zu erwarten, dass er den Bestimmungsort lebend und ohne wesentliche körperliche Verwehrtheit erreicht.“

Soviel zu den ordnungspolitischen Maßnahmen, die oft um jeden Preis und ohne Berücksichtigung des Einzelfalls eine Ausreisepflicht durchzusetzen beabsichtigen.

1.3 Diagnose und Glaubhaftigkeit

Ein klinisches Gutachten mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) kann nicht die Wahrheit feststellen, ob die geschilderten Ereignisse objektiv stattgefunden haben (ggf. wäre dies nur mit einem aussagepsychologischen Gutachten möglich).

Dennoch können mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit fachlich fundierte Einschätzungen über die Genese einer Traumatisierung (Glaubhaftigkeit der dargelegten Verfolgungsgeschichte) abgegeben werden. Erlebnisfundierungen sind spezifische Reaktionsweisen in der Darstellung der Verfolgungsgeschichte (Beispiele dafür sind: logische Konsistenz, Mischung zwischen hohem Detailreichtum und unzugänglicher Detailinformation, differenzierte Konstanz, Beschreibung von Komplikationen, Unstrukturiertheit, multimodale Wahrnehmung, psychisches Erleben, selbstbelastende Aussagen).

1.4 Traumadiagnose als rechtliches und politisches Problem

Die Traumadiagnose kann zu einem rechtlichen Politikum werden, wenn (ggf. kultur- und übersetzungsbedingte) Widersprüche in der Anhörung auftauchen, die dazu führen, dass auch gleich eine Traumadiagnose als irrelevant eingestuft wird. Die Zunahme von vorgebrachten Traumatisierungen wird durch Studien belegt, die einhergehen mit einer hohen PTSD-Prävalenzrate von 25 – 40 % bei AsylbewerberInnen in Deutschland. Eine Berücksichtigung des Traumas findet dann nur mit sehr umfangreichen, ausführlichen und kostenintensiven Gutachten statt, die zu Lasten der Betroffenen gehen. Dies führte zu einem Gutachtenboom mit immer höher werdenden Standards. Diese Entwicklung ist sehr kritisch, da sie den politischen Flüchtlingsschutz zugunsten eines humanitär-gesundheitlich-bedingten Aufenthalts aufgibt.

1.5 Verleugnung und Idealisierung

Diese auf der Beziehungsebene bestehenden gegensätzlichen Tendenzen sind auch auf gesellschaftlicher Ebene zu beobachten. Geschichtlich wurde schon von der Begutachtung der Überlebenden der NS-Konzentrationslager gesprochen, die unmittelbar etwas mit der Schuldabwehr zu tun haben könnte. Heute drückt sich darin die allgemeine Flüchtlingsabwehr aus, die sich in den restriktiven Aufnahmebedingungen (sogenannte Minimalstandards) ausdrücken, auch wenn diese oft höhere Kosten verursachen, die sich fortsetzen in einer europäischen Konkurrenz um die geringsten Standards, sodass viele Länder, auch Deutschland, von der zuständigen EU-Kommission gerügt wurden.

2 Auftrag und Standards

2.1 Aufenthaltsrecht

Eine starke Zunahme von Begutachtungen psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren von Flüchtlingen ist zu verzeichnen. Es werden umfangreiche Gutachten zum Zwecke der Asylbegründung durch Rechtsanwälte, Privatpersonen, in Einzelfällen durch Aufträge des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) oder der Verwaltungsgerichte (VG) für das Erstverfahren, für ein Folgeverfahren oder nach Anhörungsabbrüchen erstellt. Sie umfassen manchmal 30 -50 Seiten. Weiterhin werden kurze Gutachten geschrieben, um die Möglichkeit eines Selbsteintrittsrechts (Asylverfahren in

Deutschland) bei beabsichtigter Rückführung nach Griechenland zu prüfen, da zurzeit die Aufnahmebedingungen in Griechenland unzureichend sind und kein faires Asylverfahren stattfindet.

2.2 Zielstaatsbezogenheit

Der Zielstaatsbezug umfasst erhebliche, konkrete Lebens- bzw. Gesundheitsgefahren (fehlende Behandlungsmöglichkeiten). Es gilt allerdings eine Sperrwirkung, d. h. wenn die humanitäre Allgemeinsituation in dem Zielstaat für alle problematisch ist, wird auf einen Abschiebungsstopp für das jeweilige Land verwiesen. Wenn dieser nicht existiert, muss für diese Person eine extreme Gefahrenlage bestehen, d. h. ein hohes Risiko des Todes oder der Verletzung. In der Rechtsprechung ist die Rede davon, jemanden quasi nicht sehenden Auges in den Tod schicken zu dürfen. Kenntnisse über die Herkunftsländer, deren Gesundheitsversorgung und Zugänge zu diesen Strukturen sind für die Gutachtererstellung hilfreich. Zentral ist die Frage der Behandelbarkeit, z. B. einer PTSD in Verbindung mit der mittel- oder gar unmittelbaren Reaktualisierung und Retraumatisierung am Orte oder im Land der ursprünglichen Traumatisierung.

2.3 Vollstreckungshindernis

(Flug-)Reiseuntauglichkeit, d. h. der Vollzug der Abschiebung führt zu wesentlichen oder lebensbedrohlichen Gesundheitsschäden, auch mit ärztlicher Begleitung besteht eine erheblich Gefährdung (Vorsorgemaßnahmen). Reine Flugtauglichkeit widerspricht der ärztlichen Ethik, d. h. der Gutachter muss die gesundheitliche Situation des Probanden ganzheitlich betrachten, nämlich, die Gesundheitsgefahren über die Abschiebung selbst hinaus. Dazu liegt ein Informations- und Kriterienkatalog vor, der vor einigen Jahren durch eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer und der Innenministerkonferenz erstellt wurde. Allerdings ist der Kriterienkatalog rechtlich nicht verbindlich, sondern hat Hinweischarakter. Nach diesem Katalog beinhaltet die Begutachtung einer Reiseuntauglichkeit Fragen der psychischen Erkrankung inklusive von Suizidalität, des Risikos der Eigen- bzw. Fremdgefährdung und der konkreten Gefahr einer Retraumatisierung.

2.4 Behandlung und Therapie

Gutachten zur Übernahme von Kosten einer Rehabilitation nach AsylbLG als sonstige Leistung, muss in Schleswig-Holstein für den Erhalt der Gesundheit

unerlässlich sein und im Rahmen des prognostizierten Aufenthalts sinnvoll sein. Gesundheitsämter sollen dazu Stellung nehmen, ob die Voraussetzungen erfüllt sind. Bei schweren Traumatisierungen wie Vergewaltigung und Folter ist der Ermessensspielraum der Kostenträger auf nahe „Null“ reduziert. Auch hier begegnen uns verschiedene Widersprüche. Zum Beispiel schrieb ein Gutachter: „Meines Erachtens ist ein Therapieerfolg als fraglich anzusehen unter Fortbestehen der Angst vor einer Rückführung.“ Dagegen kann sich für Ausländerbehörden die Behandlung oder Therapie als Mittel zum Zweck darstellen, den Vollzug der Ausreiseverpflichtung herzustellen. Eine Ausländerbehörde formulierte dies in naiver Sachlichkeit so: „Ziel der Erteilung der Aufenthaltserlaubnis ist, dass sich Ihre Mandantin mit der erforderlichen aufenthaltsrechtlichen Sicherheit in Therapie begeben kann, um die für den Vollzug der Ausreiseverpflichtung erforderliche Reisefähigkeit herzustellen und nicht etwa gesund zu werden.“

2.5 Psychosoziale Lebensumstände

Prekäre Wohnsituationen mit Konflikten, Sucht und Kriminalität, Verlust jeglicher Intimsphäre, Lagerunterbringung in zentralen Gemeinschaftsunterkünften, aber auch dezentralen Unterkünften, die häufig katastrophal sind, Unterbringung in Obdachlosen-Unterkünften, Verteilungen ohne Berücksichtigung von familiären und sozialen Bindungen, Zugang zum Arbeitsmarkt, sowie Ausnahmen von der Residenzpflicht sind Lebensumstände, die häufig nur mit Hilfe von Attesten, Stellungnahmen oder sogar Gutachten verbessert und verändert werden können.

2.6 Curriculum (SBPM)

Die Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM) haben Eingang bei vielen Fachgesellschaften und Kammern gefunden. Sie wurden als laufendes Fortbildungscurriculum über Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer installiert.

2.7 Atteste, Stellungnahmen und Gutachten

Atteste sind kurze, prägnante Beschreibungen eines medizinischen, psychologischen, sozialen Sachverhalts. Es gibt keine formellen Vorgaben. Sie müssen natürlich der Wahrheit entsprechen, falsche Gesundheitszeugnisse können strafrechtlich geahndet werden.

Ärztliche oder psychologische Stellungnahmen sind ausführlichere Darstellungen eines Behandelnden im Rahmen einer laufenden Behandlung oder Therapie. Sie umfassen meist zwei bis drei Seiten oder mehr und werden als Parteivortrag, z. B. im Rahmen des Asylverfahrens gewertet. Wenn Refugio traumatisierte Flüchtlinge neu aufnimmt und in Behandlung vermittelt, wird zumeist das BAMF darüber informiert und gebeten, solange mit einer Entscheidung zu warten, bis eine ausführliche Stellungnahme vorliegt. Eine wichtige formale Anforderung für die Erstellung einer Stellungnahme ist, dass die von dem Patienten vorgetragenen Beschwerden und Hintergründe getrennt von den Einschätzungen, Interpretationen und Schlussfolgerungen des Behandelnden dargestellt werden.

Gutachten in diesem Kontext können Gerichtsgutachten, Parteiengutachten oder Privatgutachten sein. Der Gutachter lernt den Probanden nur für die gutachterliche Untersuchung kennen. Gutachten verarbeiten zwar eine Fülle von Informationen (Vorbefunde, Asylinhalte, Ausländerakte etc.), haben sich aber im Kern auf die Untersuchungssituation und das Erleben des Probanden zu konzentrieren. Gutachten haben konkrete Fragestellungen, die z. B. durch Gerichte, BAMF, Rechtsanwälte, Ausländerbehörden gestellt werden. Sie sollen über einen Sachverhalt Auskunft geben, damit eine rechtliche Entscheidung befördert werden kann.

2.8 Substanz, Leitlinien und Erlebnisfundiertheit

Die Ablehnung von Gutachten und Stellungnahmen wird häufig mit ihrer mangelnden Substanz begründet. Atteste habe diese per se nicht. Die Kritik an der Substanz bezieht sich häufig auf das Ereigniskriterium, dass dieses nicht detailliert dargestellt wird und eine kritische Auseinandersetzung mit den Schilderungen des Betroffenen nicht stattgefunden hat. Es ist wichtig, die Diagnose und die Prognose aus den geschilderten Befunden herzuleiten, d. h. die Inhalte, die subjektiv wahrgenommenen psychischen Befunde und die Beziehungsanalyse zu einer Diagnose zu entwickeln. Des Weiteren ist es für die Arbeit mit Stellungnahmen wichtig, zur Erlebnisfundiertheit etwas auszusagen, z. B. Wahrscheinlichkeitsangaben (mit großer Wahrscheinlichkeit, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit) zu machen.

2.9 Kultur und Dolmetscher

Frauen- und geschlechtsspezifische Aspekte (sexualisierte Gewalt und Folter) stellen im kulturellen Kontext eine sehr große Barriere dar, die reflektiert

werden muss, um nicht mit der Begutachtung das Thema zu verfehlen. Im Vordergrund steht oft die Angst, dass entsprechende Erlebnisse bekannt werden, insbesondere dem Ehepartner oder der Familie. Dieser Gefahr kann man vorbeugen, indem die Problematik direkt angesprochen wird.

Das Gesprächssetting mit Dolmetschern hat Einfluss und setzt Erfahrungen voraus. Günstig ist es dabei, falls der Dolmetscher bisher unbekannt ist, die Grundregeln kurz vor dem Gespräch zu besprechen. Die Grundregeln heißen: Übersetzung in Ich-Form, Neutralität und Unparteilichkeit, Schweigepflicht und Unbefangenheit. Manchmal ist es auch hilfreich zu sagen, dass alles übersetzt, nichts ausgelassen und nichts hinzugefügt wird. Diese Grundregeln können auch in Anwesenheit des Probanden erläutert werden.

3 Diagnostische Probleme der posttraumatischen Belastungsstörung

Das Beschwerdebild nach einer Traumatisierung zeigt Folgen und Symptome, die ein sehr wechselhaftes und komplexes Bild ergeben können.

Spezifische PTSD-Symptomatik: Das traumatische Ereignis wird ständig wieder erlebt (Intrusionen und flashbacks). Es wird alles vermieden, was in irgendeiner Form an das Ereignis erinnert (Abkapseln, Fassade, Isolation, Vergessen, keine Gefühle). Betroffene sind dauerhaft im Erregungsniveau gesteigert, schreckhaft und übererregt (Wutausbrüche, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, Schlafstörungen).

Folgende Symptome treten häufig hinzu:

Alpträume, Zwang zum Grübeln, Nervosität, Ängste, Weinen, Zittern, Gedächtnis- und Erinnerungsprobleme, Interessen- und Lustlosigkeit, verringertes Selbstwertgefühl, Isoliertheit, Misstrauen, Angst, verrückt zu werden, Schuld- und Schamgefühle, Suizidtendenzen.

Es können aber auch Schmerzen, funktionelle Störungen und Suchttendenzen, sowie die ganze Bandbreite psychosomatischer Beschwerden auftreten.

Zusätzliche Symptome, die die Begutachtung erschweren können: Dauertrauer, massive Schuldgefühle, negativistische Erwartungen, Selbstunwirksamkeitsüberzeugungen, masochistische Triumphgefühle, Victimisierung, absoluter Rückzug, Defizite in den Ich-Funktionen, hohe Kränkbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, mangelnde Affektkontrolle, eingeschränkte Impulskontrolle.

3.1 Komorbidität

Eine sehr hohe Rate von Komorbidität bedeutet, dass eine PTSD praktisch von allen anderen Krankheiten überlagert sein kann. Häufig sind somatische Erkrankungen/ Symptome, Somatisierungsstörungen (unklare Schmerzzustände, funktionelle Störungen), Depressionen, Angststörungen, dissoziative Störungen, kognitive Beeinträchtigungen, Pseudo-Demenz, Essstörungen, Sucht, psychosoziale Störungen und familiäre Interaktionsstörungen. Darüber hinaus finden transgenerationelle Übertragungen statt.

3.2 Schmerzsyndrome und Persönlichkeitsstörungen

Bei Schmerzpatienten zeigt sich häufig, dass das Trauma abgekapselt zu sein scheint und alle Affekte, die mit dem Trauma verbunden sind, nicht wahrgenommen werden können oder dürfen. Diese Affekte zeigen sich dann körpernah und damit bewusstseinsfern. Schmerzstörungen zeigen sich häufig bei sexualisierter Gewalt und bei Folter oder aber auch bei schwerer körperlicher Gewalt. Sie können einhergehen mit einer eingeschränkten Fähigkeit, Gefühle und Affekte zu symbolisieren.

Schwere Persönlichkeitsstörungen (narzisstische oder vom Borderline-Typ) stellen oft eine unüberwindliche Hürde dar, eine PTSD-Symptomatik zu explorieren. Sie agieren die aktuellen Konflikte und Widersprüche. Es existieren häufig massive reale Konflikte mit Personen oder Behörden, sie verzweifeln an den konkreten Lebensumständen, (z. B. Wohnung, Umzug, Arbeit), sind misstrauisch, vorwurfsvoll, aggressiv, launisch und unzuverlässig.

3.3 Kultureller, sozialer und politischer Kontext

Personen aus anderen Kulturen mit anderen Traditionen, Religionen und Sprachen benötigen ein besonderes Einfühlungsvermögen und Neugierde. Schnell kann Misstrauen entstehen, welches sich auf den Dolmetscher, aber auch auf den Gutachter beziehen kann. Interkulturalität bedeutet, in Prozessen offen, frei, vorurteilsbewusst denkend, Risiken eingehend, ständig reflektierend und Perspektivenwechsel vornehmend zu arbeiten.

Der asyl- und ausländerrechtliche Kontext sollte im Groben bekannt sein (Wissen über gesetzlich festgelegte Restriktionen, eingeschränkte medizinische Versorgung, herabgesetzte Sozialhilfe, Heimunterbringung, Arbeits- und Ausbildungsverbot, Residenzpflicht, Asylverfahren). Negative Vorerfahrungen der Probanden müssen beachtet werden, z. B. dass sie glauben, immer wieder die

Gründe ihres Hierseins vorbringen zu müssen. Zu beachten ist auch, dass ggf. Kulturspezifika bestehen, die im Vorbringen von etwas Biographischem nicht die unseren Vorstellungen von Logik, Folgerichtigkeit, Stringenz, Vollständigkeit und Differenziertheit erfüllen.

3.4 Methodische, objektive und subjektive Fehler

Methodische Fehler sind: Rollenprobleme, Verständigungs- und Übersetzungsfehler, Nichteinbeziehung vorheriger Befunde/Informationen, fehlende eigene Anamneseerhebung, Überbewertung einzelner Perspektiven (Symptome, Dynamik, Tests), Nichteinhalten der Reihenfolge, d. h. Trennung von Befunderhebung und Interpretation, Suggestivfragen, retraumatisierendes Setting, fehlende Transparenz.

Objektive Fehler sind: fehlende fachliche Qualifikation und fehlendes Kontextwissen (Kultur, Asyl etc.), Übersetzungsfehler, Kommunikationsstörung zwischen Proband und Dolmetscher, mangelnde Kooperationsbereitschaft des Probanden, Kosten- und Zeitdruck, beeinflussende Medikamente.

Subjektive Fehler sind: falsche Zuordnung der Prozessrollen, Unsicherheit im interkulturellen Kontext, Beziehung/Abhängigkeit zum Auftraggeber, Unglaube und Unvorstellbarkeit von extremen biographischen Erfahrungen, Verdrängung, Verleugnung, unreflektierte Gegenübertragungsprozesse.

Störungen der Gedächtnisfunktionen, die eine Begutachtung unmöglich machen:

Äußere: Schläge auf den Kopf, Untertauchen des Kopfes, Mangelernährung, Unterstimulation, Verabreichung von chemischen Substanzen, Schlafentzug.

Innere: Gehemmter Informationsabruf, zustandsabhängige Erinnerungseffekte, verzerrte Wahrnehmung, beeinträchtigte Gedächtnisinformationen, dissoziative Prozesse, konstruierter Zusammenhang, gestörte nicht-traumatische Erinnerung, krankheitsbedingte Vermeidung.

4 Kontextprobleme in der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung

4.1 Fokussierung

Die Prävalenzrate bei schweren klar abgrenzbaren Traumata ist für die PTSD sehr hoch (Folteropfer 70 %, Kriegsveteranen 55 %, Opfer von Misshandlungen 27 %), d. h., dass die PTSD die mit Abstand häufigste Folge darstellt. Bei langanhaltenden Traumatisierungen können chronische Persönlichkeitsstörungen oder affektive Störungen im Vordergrund stehen. Zumeist wird aber in aufenthaltsrechtlichen Verfahren nach einer PTSD, nach der Wahrscheinlichkeit einer Retraumatisierungsgefahr und nach den Behandlungsmöglichkeiten im Heimatland gefragt. Die Fokussierung auf die Diagnose der PTSD hat oft existenzielle Konsequenzen für die Betroffenen.

4.2 Rückführung versus Bleiberecht

Positive Gutachten können für die Betroffenen die Tür für das Bleiberecht öffnen. Bisher verpasste Chancen im Asylverfahren können revidiert und korrigiert werden. Gleichwohl ist das Gutachten keine Eintrittskarte, die durch den Ersteller ausgegeben wird. Als Gutachter oder Stellungnehmender wird man gehört, aber ist letztlich in die Entscheidung über Rückführung oder Bleiberecht nicht involviert. Dies deutlich zu machen, dient der Transparenz und Klarheit auch gegenüber dem Probanden. Die rechtliche Bewertung der Ausführungen im Gutachten obliegt einer Behörde oder einem Gericht. Von daher sollte ein Gutachten so differenziert und klar sein wie möglich, damit eine konsequente rechtliche Bewertung möglich ist.

4.3 Stigmatisierung und Retraumatisierung

Traumaopfer zu sein, bedeutet eine Stigmatisierung. Viele Flüchtlinge leiden unter diesem Stigma. Für sie bedeutet es Verlust von Stolz, Autonomie, Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Dies geht einher mit den bestehenden Lebensbedingungen unter denen sie als Asylbewerber leben. Das Misstrauen der Behörden und Gerichte gegenüber Fachgutachten ist sehr hoch. Dies fördert noch die Tendenz einer Begutachtung, die die Selbstentfremdung des Flüchtlings in einer damit einhergehenden Pathologie weiter fortsetzt. Die Personen, für die nur Vollstreckungshindernisse festgestellt wurden, aber auch für die ein Abschiebungshindernis festgestellt wurde, sind dann ordnungspolitisch und

asylrechtlich abschiebbar und rückführbar, wenn sie gesund und die Beschwerden und Symptome abgeklungen sind. In dieser Situation sind Heilung und Gesundung kaum denkbar. Das Stigma und die Opferrolle/Krankenrolle werden somit zum Bestandteil der Persönlichkeit.

Die Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen kann eine Retraumatisierung auslösen. Retraumatisierung beinhaltet eine lebenslange Vulnerabilität für potentiell retraumatisierende Situationen. Objektive Bedingungen im Heimatland sind weit weniger wichtig als subjektive Faktoren, z. B. wie der Proband die Situation im Heimatland einschätzt, was befürchtet und erhofft wird.

4.4 Psychologisierung eines politischen Problems

Die Aushöhlung des Asylrechts (1993) führte dazu, dass Flüchtlinge kaum noch politisches Asyl erhalten (z. B. sichere Drittstaaten, Fluchtalternativen). Heute gibt es die zunehmende Tendenz (politische) Fluchtgründe als psychische Krankheiten anzuerkennen. Auf der einen Seite ist die Anerkennung von psychischem Leid aufgrund von Verfolgungserfahrungen im Grunde etwas Positives, denn in ihr liegt der Grundstein für mögliche Heilungsperspektiven. Die PTSD-Diagnose bezieht sich auf reale soziale Verhältnisse und die daraus resultierenden psychischen Befindlichkeiten. Aber wird dies wirklich durch die Diagnose PTSD erfasst? Das Trauma wird aus seinem Kontext gerissen und stellt ein für jeden Menschen überwältigendes Ereignis dar, welches ihn in seinen Bewältigungsmöglichkeiten weit überfordert. Unfälle, Umweltkatastrophen und Man-made-Desaster erscheinen gleichwertig und werden nicht in ihrem jeweiligen Zusammenhang und somit in der jeweiligen individuellen Bedeutung verstanden.

5 Krisen bei traumatisierten Flüchtlingen

5.1 Häufige Auslöser

Häufige Auslöser sind Jahrestage, behördliche Briefe, die subjektiv als Bedrohung erlebt werden, Termine bei Gerichten oder Ämtern, anstehende Duldungsverlängerungen, Vorstellungen bei Gesundheitsämtern, familiäre Krisen, Gewalt in der Familie, Trennungen und andere belastende Ereignisse.

5.2 Psychosoziale Rahmenbedingungen

Diese bedeuten in den schon beschriebenen Formen Dauerstress und Unsicherheit. Es fehlt an grundlegenden ersten Maßnahmen nach einer Traumatisierung: Herstellen einer sicheren Umgebung (bzw. die als sicher erlebt wird), Organisation von psychosozialer Unterstützung, Informationsvermittlung und Psychoedukation.

5.3 Selbstunwirksamkeit und Opferrolle

Aus der Psychotherapieforschung wissen wir, dass die Fähigkeit, sich wieder als selbstwirksam zu erleben, ein wichtiger Faktor für den Erfolg von Psychotherapie ist. Umgekehrt bedeutet es, dass die Vorstellung quasi absolut selbstunwirksam zu sein, sehr zur Pathogenese und zu Krisen beiträgt.

Die strukturellen Lebensbedingungen fördern das Erleben von Selbstunwirksamkeit. Damit einher kann dann die Übernahme der Opferrolle gehen. Im Extrem entwickelt sich ein sogenanntes Victimisierungssyndrom. Dies führt zu Änderungen in der Selbstwahrnehmung, u. a. zu chronischen Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen, Selbstunwirksamkeitsgefühlen, Vulnerabilitätsgefühlen, Unfähigkeit zu vertrauen und zu trauern und zu Tendenzen, erneut Opfer zu werden. Es führt zu chronischem Erleben von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit und zum Verlust bisheriger Lebensüberzeugungen.

5.4 Reizüberflutung und Realitätsverlust

Die Überflutung/Überwältigung der Sinne durch Trigger ist ein Strukturmerkmal einer Traumatisierung. Flüchtlinge können sich weiterhin in einer traumatisierenden Lebenssituation befinden. Der Betroffene erlebt dies in einer chronischen Störung seiner Affektregulation. Das bedeutet den Verlust der Fähigkeit, sich zu beruhigen und sich zu trösten. Machtausübung und grenzüberschreitende Fragen in alltäglichen und gesundheitlichen Bereichen können dann zu einer affektiven Überflutung führen und eine psychische Krisensituation auslösen. Deshalb sind vertrauensbildende Interventionen und die Verantwortungsübernahme, wie jemand eine Begutachtungssituation wieder verlässt, selbstverständlich.

Der Realitätsverlust zeigt sich in Krisen in dissoziativen Phänomenen, die aus kurzen Momenten (Lücken, Leerstellen, Wegdriften aus der Realität) bestehen können und bis zu Situationen reichen, in denen der Proband retraumatisiert wird und sich in der Foltersituation wähnt (schreit, weint, sich schlägt usw.).

5.5 Sprachlosigkeit und Schuld

„Es hat mir die Sprache verschlagen“ ist ein gutes Bild, um die Sprachlosigkeit eines Traumatisierten zu beschreiben. Während einer Traumatisierung bleibt dem Opfer nur die Möglichkeit sich totzustellen, Flucht und Kampf können nicht gelingen, da das Trauma massiv überwältigend ist. Für die Traumaerfahrung eine Sprache zu finden, kann bedeuten, darüber zu sprechen, sie mitzuteilen, sie aufzuschreiben, Details aufzumalen und beinhaltet gleichzeitig die immanente Gefahr einer Überforderung für den Betroffenen und für die Gesprächspartner. Irrationale Schuldgefühle sind häufig, jedes Detail wird abgewogen und untersucht, ob man sich nicht anders hätte verhalten können. Schuldgefühle und Selbstvorwürfe sollen das Geschehene ungeschehen machen.

5.6 Misstrauen und Unsicherheit

„Wer der Folter erlag wird nicht mehr heimisch in dieser Welt“ (Jean Améry). Dies umfasst den Verlust von Weltvertrauen, den Verlust des Erlebens, dass mein Gegenüber mir im Grunde wohlgesonnen ist und den Verlust, dass die Zukunft vorhersehbar und im Grunde sicher ist. Der Mensch wird als Gegenmensch erfahren.

Traumaspesifische Beziehungsaspekte:

Die Täterübertragung kann durch zu große Distanz (unzureichende Kenntnisse, idealisiertes Weltbild, Abwehr eigener traumatischer Erfahrungen) entstehen. Eine Überidentifikation führt zu geringer Distanz (Abwehr von Schuld- und Schamgefühlen, Überwältigtsein von Empathie, Furcht vor Identifizierung mit Tätern, unbewältigte eigene traumatische Erlebnisse) und ist ebenso problematisch.

Eine mittlere Position einzunehmen, ermöglicht größtmögliche Empathie im Verbund mit größtmöglicher Distanz.

6 Kriseninterventionen bei...

Die Interventionen zur Stabilisierung sollten folgende Bereiche umfassen:

a) eine **soziale Stabilisierung**: Distanzierung vom Täter/Tatort/Tatzeitpunkt, Mobilisierung von sozialen und ökonomischen Ressourcen;

b) eine **körperliche Stabilisierung**: Entspannungs-, Achtsamkeits- und Wahrnehmungsübungen, Grounding-Techniken, Körpersynchronisation;

c) eine **psychische Stabilisierung**: Externalisierung, Visualisierung, Distanzierungs- und Kontrolltechniken zur Symptombewältigung, Beruhigungs- und Selbsttröstungstechniken, äußere Ressourcen benennen und real machen.

6.1 Dissoziation und Selbstverletzung

Dissoziation und Selbstverletzungstendenzen lösen Chaos, Denkstörungen und mangelnde Bezogenheit aus, d. h. die Betroffenen brauchen Struktur, Klarheit im Denken und einen Bezug zum Gegenüber.

Dissoziationsstopp und Realitätsverankerung: Kontrolle und Selbststeuerung müssen wieder aufgebaut werden. Dazu gehören Anleitungen, sich seines Körpers bewusst zu werden, durch bewusstes Wahrnehmen der aktuellen Empfindungen, z. B. riechen, sehen, hören. Die wirksamste Möglichkeit, dissoziative Zustände zu beenden, kann sich in selbstverletzendem Verhalten zeigen. Darin zeigt sich eine dysfunktionale Wiedererlangung von Selbstkontrolle durch den Zwang zur Selbstverletzung.

6.2 Angst und Verzweiflung

Angst und Verzweiflung lösen Vermeidungsverhalten, Flucht, Reizüberflutung und Hilflosigkeit aus. Die schützende Funktion der Angst verliert ihre Bedeutung, sie wird selbst zur Bedrohung und erscheint generalisiert. Alle Sinne sind auf die Suche nach Sicherheit ausgerichtet. Der Schock des Traumas sitzt so tief, dass Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung chronisch werden. Chronische Trauer oder pathologische Trauer bleiben bestehen. Hier helfen Anleitungen, wieder bewusst zu atmen und den Atemrhythmus wahrzunehmen, die Induktion einer Bauchatmung mit Hinweisen, die Hand auf den Bauch zu legen, Vorstellungen von angenehmen Farben zu imaginieren. Interventionen, z. B. sich hinzulegen, durch Hand auflegen (vorher fragen), durch verbale Beruhigungen, durch Halten (im Sinne eines Mit-Aushaltens), durch Hilfs-Ich-Funktionen können aus der Krise führen.

6.3 Ärger und Wut

Diese Probanden lösen Aggressionen, Hilflosigkeit, Mitagieren, somatische Reaktionen und möglicherweise eine verfolgende Gesprächstechnik aus.

Traumatisierte, die vermehrt Ärger und Wut zeigen, passen oft nicht in das Bild des Opfers. Sie sind keine angenehmen Klienten. Sie zeigen schnell aufgrund gesteigerter Erregbarkeit zorniges, aggressives und verbal-aggressives Verhalten. Man fühlt sich von ihnen unter Druck gesetzt. Es wird einem die Rolle des Täters zugewiesen, bzw. desjenigen, der nicht helfen will oder kann. Hier helfen vertrauensbildende Maßnahmen, Erklärungen und Informationen über die eigene Rolle und Funktion. Zumeist hilft es, die Situation des Betroffenen zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, z. B. dass die Asylgesetzgebung für alle gilt, und nicht individuell gegen den Betroffenen spezifisch gerichtet ist. Es hilft auch, Verständnis zu zeigen und alle Möglichkeiten zu nutzen, um eine konkrete Verbesserung zu erreichen.

6.4 Suizidalität

Suizidalität lösen Lähmung und Überreaktion aus. Krisenintervention ist bei hoher Suizidgefahr als wichtigste Methode anzusehen. Wesentliches Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Für die destruktiven Lösungsversuche des Umgangs mit einer Krise müssen Alternativen gefunden werden, d. h. es geht darum, wieder Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zurückzugewinnen. D. h. konkret, dass es enorm wichtig ist, Betroffene zu stützen, Empathie zu zeigen, zu ermutigen und die derzeitigen Gefühle wahrzunehmen.

7 Was hilft in Krisen?

7.1 Zuhören und Kommunizieren

Es sollten aktiv die Probleme angesprochen werden und die Beobachtungen benannt werden. Die gezeigten Empfindungen und Emotionen sind ernst zu nehmen. Zutrauen zeigen, aktiv zuhören wollen, erklären, warum es wichtig ist über die aktuelle Krise zu sprechen, wenn dies nicht sofort möglich ist, dann einen anderen Rahmen benennen. So können Auswege aus sich wiederholenden Krisen eröffnet werden.

7.2 Selbstwert fördern

Anerkennung geben, wie weit sie gekommen sind, welche Fortschritte schon erzielt wurden. Ressourcen erkennen und benennen, Hilfe geben, wo die Bewältigungsfähigkeit überfordert erscheint. Wie groß genau die Hilfestellung sein

muss, hängt von der aktuellen Krise ab und inwieweit Ressourcen grundsätzlich vorhanden sind, die vielleicht aufgrund der Krise zurzeit nicht zugänglich sind.

7.3 Informieren und Erklären

Möglichst versuchen, Zusammenhänge aufzuzeigen, z. B. dass spezifische Reaktionen völlig normal sind, dass es konkrete Möglichkeiten der Unterstützung gibt. Den Betroffenen über die Exilsituation informieren, ggf. über das aufenthaltsrechtliche Verfahren informieren, aber Überforderungen erkennen und von Schuld entlasten. Dabei helfen, wie andere professionelle Personen als Unterstützung hinzugezogen werden können. Auch dabei helfen, die neuen Realitäten zu erkennen. Dem Betroffenen dabei helfen, alternative Entscheidungsmöglichkeiten zu finden.

7.4 Rahmenbedingungen verbessern

Des Weiteren ist die Schaffung von Schutzräumen wichtig, um Erholung für Menschen in Krisen zu ermöglichen. Selbstbestimmung und -entfaltung sind stark eingeschränkt, so dass der Betroffene mit diesen Schwierigkeiten überfordert ist. Die aktuell belastenden Situationen sollten benannt werden und bei der Verbesserung sollte Hilfestellung gegeben werden (durch Vermittlung oder selbst).

7.5 Normalität und Perspektive

Eine Normalität wiederzufinden, ist die vordringliche Aufgabe, d. h. konkret, bei der Planung und Gestaltung von Tagesabläufen zu helfen. Darüber zu sprechen, welche Möglichkeiten bestehen, wie die Zukunft geplant werden kann, im weitesten Sinne bedeutet dies, Struktur wieder aufzubauen. Dies gelingt nur in kleinen Schritten, hilfreich sind regelmäßige feste Termine, wie Sprachkurse, Exilgruppen, Hobbys und sonstige Aktivitäten.

7.6 Rituale und Kreativität

Kulturelle und religiöse Rituale können dabei helfen, Entspannung zu finden und wieder auf andere Gedanken zu kommen. An die individuellen Rituale anzuknüpfen, die in der Vergangenheit genutzt wurden. Gleichzeitig drückt sich im Gespräch das Interesse an der jeweils fremden Kultur aus und es beginnt ein Dialog. Durch die Flucht und Traumatisierung ist die früher einmal vorhandene Kreativität verschüttet. In der Krise besteht kein unmittelbarer Zugang zu kreativen

Ressourcen. Nur langsam kann das befriedigende Gefühl wieder aufgebaut werden, etwas zu schaffen und sich ausdrücken zu können.

7.7 Geduld und Realitätsverankerung

Geduld ist eine sehr wichtige Voraussetzung, um mit traumatisierten Flüchtlingen in Krisen umgehen zu können. Geduld heißt, immer wieder die gleichen Fragen, Klagen und Probleme zu hören und die Ausweglosigkeit aufzunehmen und zu bearbeiten. Gelassen und ernst zu reagieren beruhigt, schafft Vertrauen und wertet nicht ab. Geduld ist besonders bei extremen Positionen gefragt, entweder, wenn der Betroffene in die Opferrolle versinkt oder umgekehrt, wenn er Wut, Hass und Angriff zeigt. Die Empfindungen müssen immer wieder mit der Realität abgeglichen werden. Die Realität muss verlässlich werden, d. h. sie muss immer wieder benannt und beschrieben werden. Die Frage lautet, worauf sich der Betroffene verlassen kann, was die Realitätsbasis ist? Die Realität so zu verankern, dass sie verstanden wird, sie zumindest eine Grundsicherheit bietet, an der man sich orientieren kann. Diese Basis fehlt vielen traumatisierten Flüchtlingen oftmals, so dass sie dann schnell in psychische Krisen geraten.

Literaturempfehlungen:

„Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge“, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.), von Loeper Literaturverlag, 2006.

„Traumatisierte Flüchtlinge – Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“
Angelika Birck, Asanger Verlag GmbH Heidelberg und Kröning, 2002.

„Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ F. Haenel, M. Wenk-Ansohn (Hrsg.), Verlagsgruppe Beltz, 2005.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych. Hajo Engbers
Refugio – Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-,
Flucht- und Gewaltopfern in Schleswig-Holstein e.V.
Schaßstraße 5
24103 Kiel
h.engbers@refugio-kiel.de

Ambulante sozialpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten

Ein Erfahrungsbericht

von Arif Ünal

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat es sehr viele Versuche und Initiativen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen in 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 diese spezifisch gemäß der kulturellen Herkunft der MigrantInnen erfassen. Solche Studien sind aber dringend notwendig für die Beurteilung der Versorgungssituation, für die 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 Nordrhein-Westfalen, respektive 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 Nordrhein-Westfalen gibt es darüber hinaus **20 gerontopsychiatrische und vier suchtttherapeutische 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, über mehr 70 Kontakt- und Beratungsstellen.**

In Nordrhein-Westfalen gibt es **108 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater.**

169 Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Der Anteil der PatientInnen mit Migrationshintergrund betrug 2002 in den

Kliniken 3,9 Prozent

Tageskliniken 2,4 Prozent

Psychotherapiestationen 2,1 Prozent

Forensischen Kliniken 10 Prozent.

Nach einer Erhebung von Leidinger sind die MigrantInnen bei Einweisungen 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 Anstrengungen Richtung interkultureller Öffnung 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 entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung nicht 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 datengestützten Untersuchungen im Bereich Inanspruchnahme der psychiatrischen Einrichtungen gibt, müssen wir mit unseren praktischen Erfahrungen versuchen, uns dem Thema zu nähern. Wenn wir von der gleichen Morbidität der MigrantInnen ausgehen, müssten sie sich entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung auch in den Einrichtungen wiederfinden, was nicht der Fall ist.

- **Erste Annahme der geringen Inanspruchnahme: Evtl. 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. Beim volksmedizinischen Krankheitsverständnis der MigrantInnen spielen z. B. magische und religiöse Vorstellungen wie „nazar“ (böser Blick) oder „büyü“ (Zauber) bei der Entstehung psychischer Erkrankungen eine große Rolle. MigrantInnen nehmen auch an, dass die Ärzte aus ihrem Kulturkreis sie besser verstehen können.

Wenn wir die Frage der geringen Inanspruchnahme in den Praxen **aus defizitorientierter** Sicht beantworten wollen, können 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 sehr weniger Einrichtungen, die spezifische Angebote für diese Zielgruppe anbieten (verbunden mit längeren Wartezeiten bei TherapeutInnen mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen), zeigen, dass diese Annahme auch nicht richtig ist.

Oder aber die MigrantInnen sind gesünder als die Hiesigen und benötigen keine Behandlung. Einige praktische Erfahrungen widerlegen leider diese Annahme.

Ich glaube, dass man ohne Weiteres postulieren kann, dass psychiatrische Hilfesysteme 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 bei den monoethnisch ausgerichteten psychiatrischen Einrichtungen stark gestört. Weil die Werte der autochthonen Gesellschaft das therapeutische Handeln im Alltag ebenfalls 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 eine verständigungstechnische 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, sind der Informationsinhalt der Beratung und das Vertrauensverhältnis sehr fragwürdig.

Auch bei den Klienten ohne große Sprachprobleme 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 und Kontingentflüchtlinge aus Russland, obwohl sie teilweise seit über 10-15 Jahren in der Bundesrepublik leben, sehr wenig über das Gesundheitssystem informiert sind. Die Differenziertheit der Regeldienste, die in den Herkunftsländern nicht vorhanden sind, ist einer der Gründe dafür. Da sie keine adäquaten Strukturen in ihren Heimatländern kennen, können sich viele MigrantInnen nicht das Geringste unter diesen vielen Strukturen vorstellen (z. B. Sozialpsychiatrisches Zentrum, Sozialpsychiatrischer Dienst, Kontakt- und Beratungsstellen, psychiatrische Ambulanz, Tagesklinik, betreutes Wohnen usw.).

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. Begründet ist diese Vorgehensweise nach unseren Erfahrungen durch die irrtümliche Annahme, dass MigrantInnen keine Sprachprobleme mehr haben, und durch die Angst, wie eine Mitarbeiterin eines Sozialpsychiatrischen Zentrums zum Ausdruck brachte, „von den Ausländern überrollt zu werden“.

- **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 psychiatrisch-psychotherapeutischer 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** (z. B. für Frauen in Scheidung oder bei Verhaltensauffälligkeiten der Kinder)

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 interkulturell kompetentes Fachpersonal
- Schlechte Erreichbarkeit / ungünstige Öffnungszeiten

Kontaktschwierigkeiten seitens der haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen:

- Fehlende Sprachkenntnisse und fehlendes 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 „Macho“-Bild der ausländischen Männer oder Bild der armen, unterdrückten Frauen.
- Reaktivierung kollektiver Schuldgefühle.
- Angst vor Mehrbelastung „wir werden von Türken überrollt.“ Mentalität.
- Professionelle Überforderungsgefühle.

Erfahrungsbericht des Gesundheitszentrums für MigrantInnen

GÖÇMENLER SAĞLIK MERKEZİ

Центр „Здоровье“ для Мигрантов

Entstehungsgeschichte des Gesundheitszentrums für MigrantInnen

Als nach langwierigen Vorbereitungen am 09.11.1991 aufgrund eines Ratsbeschlusses das Kölner Gesundheitsforum gegründet wurde, wurde der Projektgruppe „Gesundheitsprobleme ausländischer Bürger“ hohe Priorität eingeräumt. Diese Entscheidung wurde als politisches Signal verstanden, um auf die Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten aufmerksam zu machen.

Entsprechend des von dem Gründungsausschuss des Gesundheitsforums formulierten Zieles – nämlich in Projektgruppen konkrete und realisierbare Maßnahmen für die kommunale Gesundheitspolitik zu entwickeln –, hat die Projektgruppe zunächst folgende Missstände benannt:

1. In Köln gibt es ein Informationsdefizit über bestehende Angebote für Migrantinnen und Migranten.
2. Seitens der Migrantinnen und Migranten herrschen sprach- und kulturbedingte Zugangsbarrieren zu Gesundheits- und Sozialdiensten.
3. Gesundheits- und Sozialdienste verfügen über eine mangelnde Anzahl an ausländischen Fachkräften.
4. In der psychosozialen Versorgung der Migrantinnen und Migranten, insbesondere in den Bereichen Psychiatrie, Prostitution, AIDS und Sucht, bestehen große Defizite.

Um diesen Missständen entgegenzuwirken, hat die Projektgruppe folgende Arbeitsschwerpunkte vorgenommen:

1. Herausgabe eines Kölner Gesundheitswegweisers für Migrantinnen und Migranten.
2. Einrichtung einer „Gesundheitsinformations- und Orientierungsstelle“ im Gesundheitsamt der Stadt Köln.
3. Unterbreitung des Vorschlages einer Art „Quotenregelung“.
4. Durchführung einer Fachtagung zum Thema Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten.

Mit einer Fachtagung hat die Projektgruppe drei dieser vier Arbeitsschwerpunkte in die Tat umgesetzt.

Der Gesundheitswegweiser ist mittlerweile in der 6. Auflage. Darin haben wir nach mühsamer Arbeit ein Verzeichnis von niedergelassenen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Sprachtherapeuten, Krankengymnasten, Hebammen, Wohnheimen für psychisch Kranke, Ärzten in Krankenhäusern, Sozialpsychiatrischen Zentren und Beratungsstellen aufgelistet, bei denen Hilfeleistungen in 36 verschiedenen Fremdsprachen angeboten werden. Ich bin sicher, dass diese Liste noch nicht vollständig ist. Dem Anspruch auf Vollständigkeit können wir erst – so hoffe ich – in den nächsten (immer wieder aktualisierten) Ausgaben gerecht werden.

Die Gesundheitsinformations- und Orientierungsstelle haben wir zunächst in Form eines Modellversuches in türkischer und italienischer Sprache eingerichtet. Ehrenamtliches Fachpersonal, bestehend aus ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, hat sich hierzu zwei Stunden die Woche zur Verfügung gestellt. Zur Feststellung der Inanspruchnahme dieser Sprechstunde haben wir einen anonymen Fragebogen entwickelt und eingesetzt, dessen Ergebnisse in der Fachtagung 1995 ausgewertet wurde. Vorher möchte ich aber erwähnen, dass die italienische Sprechstunde nicht oft in Anspruch genommen wurde. Die Gründe dafür, auf die ich hier nicht näher eingehen möchte, sind meines Erachtens vielfältig. Die in türkischer Sprache gehaltene Sprechstunde ist dagegen sehr in Anspruch genommen worden.

Das Gesundheitszentrum für MigrantInnen hat zwei wesentliche Aufgaben:

Es berät und informiert Menschen mit Migrationshintergrund zu Fragen des Gesundheitssystems, insbesondere wenn es um Fragen psychischer Erkrankungen geht.

In diesem Zusammenhang bietet das Gesundheitszentrum selbst Betreuungen im Rahmen der ambulanten Hilfen zum selbständigen Wohnen an.

Darüber hinaus ist es Aufgabe des Gesundheitszentrums, durch Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen aber auch durch Beratung die interkulturelle Öffnung von Regeldiensten insbesondere im sozialpsychiatrischen Bereich zu fördern.

Zu den Zielgruppen gehören insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und den ehemaligen GUS-Staaten. Im Gesundheitszentrum arbeiten insgesamt neun MitarbeiterInnen mit unterschiedlicher beruflicher Qualifikation.

Finanziert wird die Arbeit des Gesundheitszentrums mit Mitteln des Landschaftsverbandes Rheinland, der Stadt Köln und des Wohnversorgungsbetriebs. Die ambulante Betreuung wird über Fachleistungsstunden mit dem Landschaftsverband Rheinland und Sozialamt der Stadt Köln abgerechnet.

Arbeitsbereiche des Gesundheitszentrums für MigrantInnen

Telefonische und persönliche Beratungen

Im Jahr 2009 wurden 5946 telefonische Beratungen durchgeführt. Ca. 19 % der telefonisch durchgeführten Beratungen (1106) wurden mit deutschen und nichtdeutschen MitarbeiterInnen in den Kliniken, in Sozialen Diensten, mit Ärzten und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen in den verschiedenen Einrichtungen durchgeführt. Hierbei ging es vor allem um die Weitergabe von Informationen zu spezifischen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund und um den Umgang mit spezifischen Problemen der unterschiedlichen Migrantengruppen.

Ca. 81 % der telefonisch durchgeführten Beratungen (4840) entfallen auf Fragen von Privatpersonen, die sich mit der Bitte um Hilfe an das Gesundheitszentrum gewandt haben.

Gegenstände dieser Beratungen waren unter anderem:

- Fragen nach verschiedenen Krankheiten
- Möglichkeiten einer stationären oder ambulanten Behandlung
- Möglichkeiten der Betreuung bei psychischen Erkrankungen
- Fragen zu ambulanten Psychotherapien
- Familienkonflikte, Gewalt in der Familie und Scheidung
- Fragen nach Pflegemöglichkeiten
- Drogenkonsum der Angehörigen

Insgesamt wurden im Jahr 2009 441 KlientInnen persönlich betreut.

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

Bei den persönlichen Beratungen sind zwei Entwicklungen zu beobachten:

1. Immer öfter vermitteln Ämter und Institutionen die KlientInnen weiter zum Gesundheitszentrum, nicht nur aus sprachlichen, sondern auch aus kulturellen Gründen und ferner, weil die Fälle vielfältiger und komplizierter geworden sind. Sehr wenige Institutionen des Regelsystems sind in der Lage, die psychosoziale Versorgung der türkisch und russisch sprechenden Menschen

mit Migrationshintergrund sicherzustellen. Deswegen nehmen sie gerne die interkulturellen Kompetenzen des Gesundheitszentrums in Anspruch.

2. Die Anpassungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen haben zugenommen, Schulen und Familien sind hiermit häufig überfordert. Vor diesem Hintergrund vermitteln auch Schulen gerne Kinder und Jugendliche mit ihren Familien zum Gesundheitszentrum, da auch hier die Regeleinrichtungen wie Familienberatungsstellen häufig überfordert sind. Besonders bei den türkischen Familien spielen auch die Vorbehalte gegenüber den Behörden der Jugendhilfe eine Rolle, so dass sie sich eher an das Gesundheitszentrum wenden. Da das Gesundheitszentrum auch wegen seiner interkulturellen Kompetenzen vielen Kindern/Jugendlichen und ihren Familien unkompliziert helfen kann und diese Erfolge in kürzester Zeit zu beobachten und festzustellen sind, genießt das Gesundheitszentrum bei den türkischen Familien einen guten Ruf und hohes Ansehen.

Präventionsarbeit

Schwerpunkt der Präventionsarbeit sind Informationsveranstaltungen in den Vereinen, Moscheen, Schulen, Frauengruppen und Initiativen. Hierdurch ist die Möglichkeit gegeben, Menschen zu erreichen, die in der Regel keinen Zugang zu bestimmten Hilfsdiensten haben. Dieser zugehende Ansatz ermöglicht darüber hinaus den Vereinen, sich zu qualifizieren und sich mit den Gesundheitsfragen ihrer Mitglieder zu beschäftigen. Es ist die effizienteste Methode mit geringem Zeitaufwand möglichst viele Menschen direkt zu erreichen.

2009 wurden insgesamt 26 Informationsveranstaltungen in Kooperation mit Vereinen, Schulen und Initiativen in türkischer Sprache durchgeführt.

Die Themen waren: Psychische Entwicklungen der Kinder und Kindererziehung in der Familie, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen, Sucht und Drogen, Gesundheitssystem, Mutter-Kind-Gesundheitsvorsorge, gesunde Ernährung, frauenspezifische Krankheiten, Herz-Kreislaufkrankungen, Depressionen, Anpassungsstörungen, Stress und Stressbewältigungsstrategien, Sexualerziehung usw. Die Veranstaltungen fanden außerhalb Köln in Bochum, Burscheid, Dormagen, Gensingen (Baden-Württemberg), Leichlingen, Neuss und Wuppertal statt.

Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte

2009 wurden insgesamt 14 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt. Diese Veranstaltungen fanden in Köln und darüber hinaus in Bergisch Gladbach, Bottrop, Duisburg, Düsseldorf, Krefeld, Siegen und Wuppertal statt.

Themen und Schwerpunkte waren:

- Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste
- Religion, Familienstruktur, Erziehungsmethoden und Hilfesysteme
- Psychoonkologische Arbeit bei Menschen mit Migrationshintergrund
- Väterrolle bei Männern mit Migrationshintergrund
- Häusliche Gewalt in Migrantenfamilien
- Hospizarbeit mit muslimischen Familien und Sterberituale im Islam
- Gemeindepsychiatrische Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund

Durch Referate, Workshops und Diskussionsveranstaltungen wurden die MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen weitergebildet. Besonders diese Arbeit trägt sehr viel dazu bei, dass die interkulturelle Öffnung der Regeldienste thematisiert und damit auch gefördert wird. Ein wesentlicher Aspekt der interkulturellen Öffnung ist neben der Beschäftigung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund die Stärkung der interkulturellen Kompetenz der bereits dort tätigen MitarbeiterInnen.

Kooperation und Vernetzung

Das Gesundheitszentrum ist in das psychosoziale Versorgungssystem in Köln gut integriert. Als Teil dieses Systems ist es in die bestehenden Arbeitszusammenhänge eingebunden. So ist das Gesundheitszentrum regelmäßig beteiligt,

- an der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit für die Stadt Köln der Kommunalen Gesundheitskonferenz,
- am Arbeitskreis Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie sowie
- am Arbeitskreis Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Köln.

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

- dem Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit
- Kölner Netzwerk Demenz und Migration

- dem Facharbeitskreis Sozialpsychiatrie und Arbeitskreis Migration und Sozialpsychiatrie im Paritätischen Nordrhein-Westfalen
- dem Arbeitskreis Immigration im Paritätischen Nordrhein-Westfalen
- Gesellschaft der Türkischsprachigen Psychotherapeuten in Deutschland

Neben der aktiven Teilnahme und Mitarbeit an den Sitzungen der Arbeitskreise wurden 64 Einzel- und/oder Gruppengespräche mit den Einrichtungen/Institutionen durchgeführt, um die Gesundheitsversorgung der Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern und die interkulturellen Kompetenzen der Einrichtungen zu erhöhen und um evtl. vorhandene Zugangsbarrieren aufzuheben.

Öffentlichkeitsarbeit

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

- Zum einen wurde die Arbeit des Gesundheitszentrums vor allem in den türkisch- und deutschsprachigen Medien (WDR, türkisches Fernsehen und verschiedenen sowohl türkischen als auch deutschen Printmedien) dargestellt, um potentielle Ratsuchende auf dieses Angebot hinzuweisen.
- Zum anderen wurden vom Gesundheitszentrum für die gleichen Medien Beiträge erarbeitet, die über bestimmte gesundheitliche und psychosoziale Probleme informiert haben. So wurde im Jahr 2009 in insgesamt 11 TV-Live-Sendungen auf verschiedenen türkischen Kanälen (wie Türk Show und Kanal Europa) über unterschiedliche Gesundheitsthemen und über die Arbeit des Gesundheitszentrums berichtet. Außerdem war das Gesundheitszentrum an drei Radioprogrammen (unter anderem an WDR-Hörfunksendungen) beteiligt.

Ambulant betreutes Wohnen

Im Jahr 2009 hat das Gesundheitszentrum für MigrantInnen 10 russisch sprechende und 47 türkisch sprechende KlientInnen sowie einen irakischen Klienten im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens versorgt.

Hier gibt es nach wie vor eine gute Zusammenarbeit mit den Rheinischen Kliniken in Köln, Mehrheim und Langenfeld, mit dem Alexianer Krankenhaus, mit einigen Sozialpsychiatrischen Zentren und niedergelassenen Psychiatern.

Die Nachbetreuung beinhaltet die Beratung von Angehörigen, die Durchführung von Hausbesuchen und die Begleitung der Klienten zu Institutionen, Krankenhäusern und Ärzten.

Auch wenn der größte Teil der Schwierigkeiten, die sich in der Anfangsphase ergeben haben, inzwischen gelöst werden konnte, bleibt nach wie vor gerade für Menschen mit Migrationshintergrund die hohe Zugangsschwelle, die sich aus dem bürokratischen Antragsverfahren ergibt, ein Problem.

Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration

Seit 2009 wurde das Gesundheitszentrum für MigrantInnen durch den Landschaftsverband Rheinland als Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration mit dem Zuständigkeitsbereich der Städte Köln und Leverkusen anerkannt und gefördert.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration gehören:

- Bündelung der Erfahrungen in der psychiatrischen Arbeit von Menschen mit Migrationshintergrund.
- Vernetzung und Koordination der psychiatrischen Einrichtungen und Dienste mit Unterstützungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund 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 Menschen mit Migrationshintergrund 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.

Wohngruppe für männliche Flüchtlinge mit chronisch-psychischen Erkrankungen besonderem Betreuungsbedarf

Das Gesundheitszentrum für MigrantInnen betreibt seit dem 15.07.2008 am Mauritiussteinweg eine Wohngruppe. Im Jahr 2009 wurden fünf Personen im

Wohnheim aufgenommen, um sie in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem zu integrieren und sie zu befähigen, trotz ihrer Erkrankungen selbstständig zu wohnen.

Um dieses Ziel erreichen zu können, werden in erster Linie die bisherigen Diagnosen, Behandlungen und Betreuungen evaluiert. Mit den Betroffenen zusammen wird ein individueller Hilfeplan erarbeitet. Dieser Hilfeplan beinhaltet notwendige Aufklärung über die Krankheit, Sicherstellung der Behandlung und Nachsorgemaßnahmen, Integration in das soziale Leben, in das Arbeitsleben und Freizeitgestaltung. Um den Betroffenen effizienter helfen zu können, ist eine enge Kooperation mit den behandelnden Ärzten, Sozialpsychiatrischen Zentren, Kliniken, gesetzlichen Betreuern, anderen Institutionen und den SozialarbeiterInnen des Wohnungsversorgungsbetriebes wichtig.

MitarbeiterInnen

Im Gesundheitszentrum für MigrantInnen arbeitet ein 10-köpfiges interdisziplinäres Team, bestehend aus:

- einer Ärztin
- einer Psychologin
- vier Diplom-Pädagoginnen
- einer Diplom-Betriebswirtin
- einem Diplom-Sozialarbeiter
- einem Diplom-Sozialpädagogen
- einer Verwaltungsangestellten

Die Beratungssprachen sind Deutsch, Türkisch, Russisch und Persisch.

Schlussbemerkung

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

Wegen eines Umzugs ist bei den telefonischen Anfragen ein Rückgang zu verzeichnen, da die Anrufe an die alte Telefonnummer in der Statistik nicht berücksichtigt worden sind.

Neben diesen Beratungs- und Betreuungsangeboten war das Gesundheitszentrum bei besonderen Problemfällen auch immer eine Anlaufstelle für das Gesundheitsamt und für andere Einrichtungen. Auch für die interkulturelle Öffnung der Regeleinrichtungen leistet das Gesundheitszentrum eine enorme Unterstützung und ist ein Initiator. Besonders im Bereich der Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte hat sich das Gesundheitszentrum ausgehend von den praktischen Erfahrungen einen guten Namen gemacht und genießt bundesweit einen guten Ruf.

Anschrift des Verfassers:

Arif Ünal
Gesundheitszentrum für MigrantInnen
Schaafenstraße 7
50676 Köln
arif.uenal@paritaet-nrw.org

Ausblick

von Lothar Schlieckau

Als Psychiatriekoordinator der Region Hannover und Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover freut es mich besonders, dass das Thema seelische Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover in den letzten Jahren an immer größerer Bedeutung in der (fach-) öffentlichen Diskussion gewonnen hat.

Diese Dokumentation über den Workshop des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover zeigt, wie wichtig es ist, umfassend, aber auch differenziert, dieses Thema anzuschauen und zu bearbeiten.

Es wird wichtig sein, dass sich nicht nur die reine Proklamation von guten Absichten in Vorworten und Leitbildern wiederfindet, sondern es tatsächliche Veränderungen in der täglichen Praxis gibt.

Die 2. Psychiatrie-Woche 2010 des Sozialpsychiatrischen Verbundes vom 25.10. bis 29.10.2010 unter dem Titel „Psychiatrie trifft Wirklichkeit“ versucht hier, durch neue Begegnungsformen, ein höheres Maß an interkultureller Verständigung zu erreichen.

Viele neue Ansätze zu diesem Thema sind in den letzten Jahren in der Region Hannover entwickelt worden, trotzdem zeigen die Beiträge in diesem Band und die tatsächliche Wirklichkeit, dass noch gewaltige Schritte von allen Beteiligten gegangen werden müssen, um den dringend notwendigen Abbau von Zugangsbarrieren der Migrantinnen und Migranten zum hiesigen (psychiatrischen/psychotherapeutischen) Gesundheitssystem zu bewerkstelligen.

Eine konkrete Anregung aus Köln soll an dieser Stelle erwähnt werden, weil dies im Jahr 2011 über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes auch in der Region umgesetzt werden soll:

Die Erstellung einer mehrsprachigen Information über die vorhandenen muttersprachlichen Behandlungs-, Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten in der Region Hannover.

Auch soll im Jahre 2011 eine erste Auswertung erfolgen über (mögliche) Veränderungen in quantitativer wie qualitativer Hinsicht in der Arbeit der Anbieter in der Region Hannover zwei Jahre nach Veröffentlichung der Studie zur Sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover (Band 2 Sozialpsychiatrische Schriften).

Anschrift des Verfassers:

Lothar Schlieckau
Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Weinstraße 2
30171 Hannover
lothar.schlieckau@region-hannover.de

Workshop für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Teams Gemeindepsychiatrie der Region Hannover:

„Anders und doch gleich“

Ambulante Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover

02.12.2009 von 8.30 bis 17.00 Uhr im Kargah Haus, Zur Bettfedernfabrik 1, 30451 Hannover

- Programm -

Uhrzeit	Thema des Vortrags	Referent
8.30 – 9.00 Uhr	Ankunft und Begrüßung	
9.00 – 9.15 Uhr	Einführung: Interkulturelle Kompetenz im Sozialpsychiatrischen Dienst	Dr. med. Thorsten Sueße Interkultureller Beauftragter im Betrieb + Leiter Team Gemeindepsychiatrie der Region Hannover
9.15 – 9.30 Uhr	Die Bedeutung der Integration für die Region Hannover	Volker Dahle Leitstelle für Integration in der Region Hannover
9.30 – 10.30 Uhr	Kulturelle Dimensionen als Erklärungsmuster	Helga Barbara Gundlach M. A. Trainerin und Prüferin Xpert Culture Communication Skills, Lehrbeauftragte der Universität Hannover

10.30 – 10.45 Uhr	Pause	
10.45 – 11.45 Uhr	Probleme in Migrantenfamilien zwischen Generationen und Geschlechtern	Dipl.-Psych. Ahmet Kimil Psychologe am Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover
11.45 – 12.45Uhr	Besonders zu berücksichtigende Symptome und Behandlungsaspekte bei psychisch Kranken mit Migrationshintergrund	PD Dr. med. Marc Ziegenbein Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover
12.45 – 14.00 Uhr	Mittagspause mit iranischem Büffet	
14.00 – 15.00 Uhr	Beachtenswertes bei Krisenintervention und Begutachtung von Flüchtlingen mit post-traumatischer Belastungsstörung	Dipl.-Psych. Hajo Engbers Psychologe bei REFUGIO Kiel (Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern)
15.00 – 15.15 Uhr	Pause	
15.15 – 16.15 Uhr	Ambulante sozialpsychiatrische Regelversorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten – Erfahrungsbericht des Gesundheitszentrums für Migrantinnen in Köln	Arif Ünal Leiter des Gesundheitszentrums für MigrantInnen in Köln
16.15 – 17.00 Uhr	Diskussion, Zusammenfassung, Ausblick	Lothar Schlieckau Psychiatriekoordinator/Drogenbeauftragter der Region Hannover

Moderation der Veranstaltung: Dr. med. Thorsten Sueße

Autorenverzeichnis

Calliess, Iris Tatjana, PD Dr.	Ärztin, Leitung der Migrationsprechstunde, Medizinische Hochschule, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Sozialpsychiatrische Poliklinik List, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
Engbers, Hajo	Diplom-Psychologe, Refugio – Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern in Schleswig-Holstein e.V., Schaßstr. 5, 24103 Kiel
Gundlach, Helga Barbara, M.A.	Trainerin und Prüferin Xpert Culture Communication Skills, Lehrbeauftragte der Leibniz Universität Hannover, AG Interpäd. – Interkulturelle Pädagogik, Leibniz Universität Hannover, Philosophische Fakultät, Im Moore 11a, 3067 Hannover
Kimil, Ahmet	Diplom-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
Machleidt, Wielant, Prof. em. Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Salman, Ramazan	Diplom-Sozialwissenschaftler, Geschäftsführer Ethno-Medizinisches-Zentrum e.V., Königstr. 6, 30175 Hannover
Schlieckau, Lothar	Psychiatriekoordinator, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Sieberer, Marcel, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, - Suchtmedizin -, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Sueße, Thorsten, Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG), Interkultureller Beauftragter im Betrieb + Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Weinstr. 2, 30171 Hannover
Waldhoff, Hans-Peter, Prof. Dr.	Soziologe und Gruppenanalytiker, Leibniz Universität Hannover, Im Moore 11a, 3067 Hannover
Ünal, Arif	Leiter des Gesundheitszentrums für Migrantinnen und Migranten, Schaafenstr. 7, 50676 Köln
Ziegenbein, Marc, Prof. Dr.	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizinische Grundversorgung, Leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Herausgeber

Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Weinstraße 2
30171 Hannover

ISSN 1865-6838