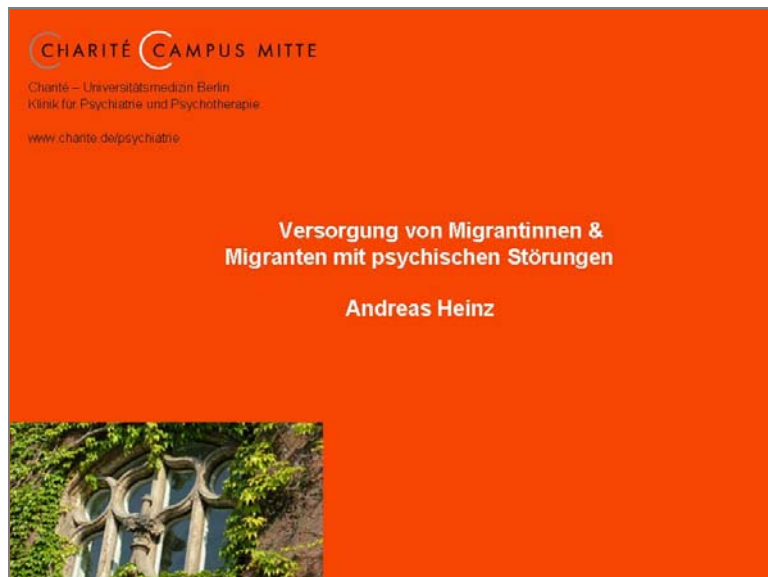


Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen

Andreas Heinz
Charité Berlin

Trotz der demographischen Veränderungen durch Migration und Globalisierung gibt es dennoch weiterhin Unwissen, wie Zuwanderer effizient in psychosozialen Einrichtungen versorgt werden können und welche Versorgungsmodelle tatsächlich Barrieren abbauen. Die höchsten Zuwanderzahlen sind in den innerstädtischen Bezirken der Großstädte zu verzeichnen. Mehrkulturalität ist somit Alltagswirklichkeit, sie manifestiert sich auch in den jeweiligen Krankheitskonzepten der Patienten und damit in ihren Erwartungen an das Gesundheitssystem. Besteht bei den Professionellen im Gesundheitssystem Unkenntnis dieser Erklärungsmodelle, kann dies zu Kommunikationsschwierigkeiten beitragen. Dementsprechend notwendig erscheint ein migrantensensibles psychosoziales Versorgungsangebot. Eine empirisch fundierte Analyse, welche Maßnahmen zum Abbau von Barrieren und zur interkulturellen Öffnung psychiatrischer Institutionen durchgeführt werden und welche dieser Maßnahmen erfolgreich sind, liegt allerdings bisher nicht vor. Seit Beginn der 1990 Jahre wird jedoch von Forschung, Politik und Zuwandererorganisationen immer wieder darauf hingewiesen, dass die psychosoziale Versorgung von Zuwanderer bisher noch - im Vergleich zu der psychosozialen Versorgung von Nicht-Zuwanderern - unzureichend sei. Es wird in Sachverständigenkommissionen und in der Forschung davon ausgegangen, dass Institutionen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung oft die Situation und die speziellen Bedürfnisse von Zuwanderern nicht erkennen und nicht den Bedürfnissen entsprechend organisiert sind. Weiterhin wird vermutet, dass daraus Unter-, Über- und Fehlversorgung resultiert, die sowohl in den Organisations-, Kommunikations-, und Zugangsstrukturen der Einrichtungen, als auch in der psychiatrischen Forschungstradition und den damit verbundenen Defiziten an kultursensibler, und -kompetenter Diagnostik begründet ist. Weitgehend unerforscht ist derzeit auch die aktive Rolle von Migranten im Gesundheitssystem – sei es als Professionelle oder als Teilnehmer in Angehörigen- und Selbsthilfegruppen. Die zunehmende kulturelle Heterogenität der Bevölkerung in Europa verlangt nach weitergehenden Untersuchungen, durch welche Ressourcen die Zuwanderer selbst mitbringen und mobilisieren und durch welche Maßnahmen und Strukturen Migranten effektiv und nachhaltig in die psychiatrischen Versorgungsstrukturen einbezogen werden können.





Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland Ende 2005

- 7,16 Millionen ohne deutschen Pass**
⇒ **8,9% der Gesamtbevölkerung**
- 15,3 Millionen insgesamt**
⇒ **18,6% der Gesamtpopulation**
- unklar** „Illegale“ Migranten?
Statistisches Bundesamt Ende 2005



Unveröffentlichte Daten des Statistischen Bundesamtes

(der Tagesspiegel, 14.08.2006)

Menschen mit Migrationshintergrund:

- Zugewanderte
- deren Kinder
- Kinder derjenigen, die als Ausländer in Deutschland geboren wurden

Berlin

- o 23,45 %
- o 40,7 % unter 18 Jährige

Hamburg

- o 26,8 %
- o 45,82 % unter 18 Jährige



Versorgungsstudien: Inanspruchnahme stationärer Behandlung

Anteil von Ausländern in Klinik vs.
Anteil an der Wohnbevölkerung

- Häfner (Mannheim)1980: 6,2% vs. 11,8%
- Holzmann (Frankfurt)1994: 15,7% vs. 29,5%
- Beck (Reichenau) 1997: 5,5% vs. 10,0%
- Wolfersdorf (Bayreuth) 1999: 3,6% vs. 7,0%



Versorgungsstudien: Inanspruchnahme des Suchthilfesystems

Städtebeispiele Drogenabhängigkeit:

- Frankfurt ca. 37%
- Hamburg ca. 33- 35%
- Stuttgart ca. 20 bis 30%

⇒ Durchschnittliche Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems:

- ca. 5%

(Salman et al., 1998)



Pilotstudie der AG Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz:

Stichtag 21.01.2004

- ❖ 12 Kliniken bundesweit
- ❖ insgesamt 2211 Betten
- ❖ 376 Menschen mit Migrationshintergrund
- ❖ 17,4 % Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund
- ❖ regionale Unterschiede

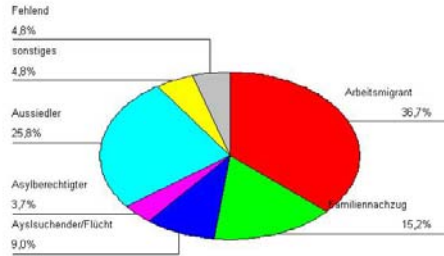


Organisatoren

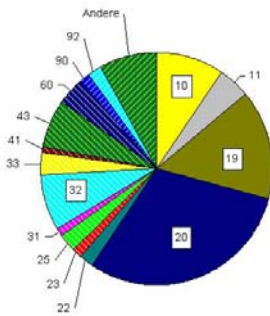
- Meryam Schouler-Ocak
- Joachim Bretz
- Norbert Hartkamp
- Iris Hauth
- Andreas Heinz
- Eckhardt Koch
- Rainer Georg Siefen



Migrationswege, Aufenthaltsstatus



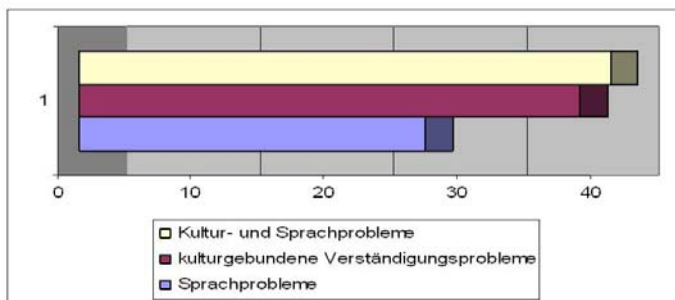
Häufigste Diagnosen:



F20.xx	30,4 %
F19.xx	15,5 %
F10.xx	9,3 %
F32.xx	7,7 %
F43.xx	6,7 %



Angabe von sprachlichen und kulturellen Verständigungsproblemen in %





Hauptstudie der AG Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz:

Stichtag 19.07.2006

- ❖ 350 Kliniken bundesweit angeschrieben
- ❖ 146 geantwortet (42 %)
- ❖ 131 (37 %) hatten Aufnahmen
- ❖ am Tag der Stichtagserhebung wurden 658 Patienten aufgenommen

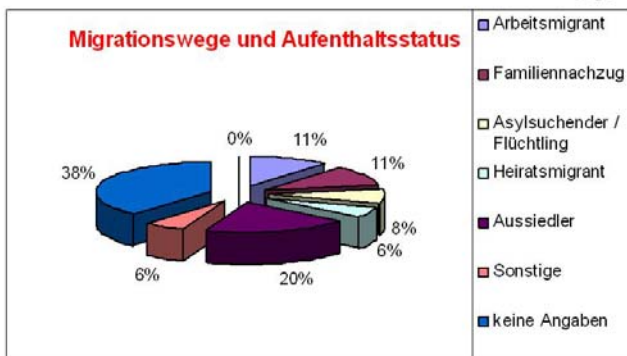


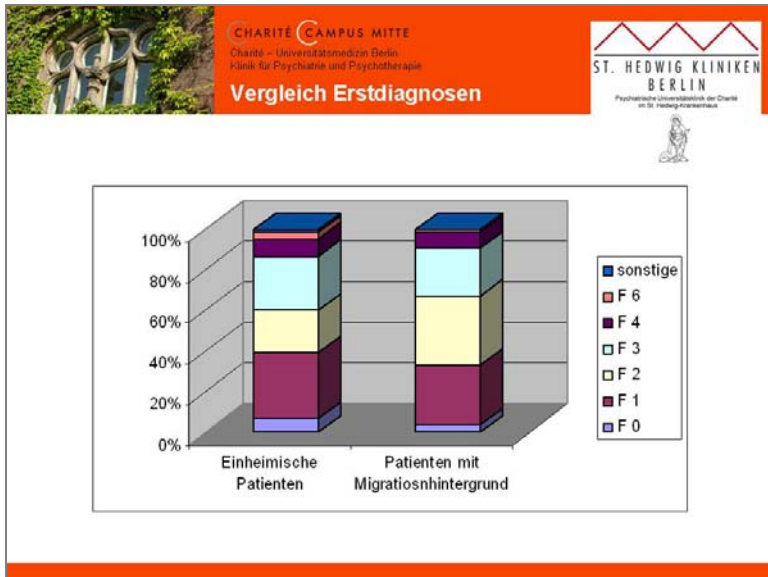
Rücklauf

- ❖ Gesamtzahl der Stationen, die geantwortet haben:
902 (Stationsfragebogen)
- ❖ Gesamtzahl der Stationen, die Pat. mit
Migrationshintergrund haben: 574
- Patienten mit Migrationshintergrund pro Station: 2-19
- Durchschnitt Pat. mit Migrationshintergrund
pro Station: 3,3 %



Migrationswege und Aufenthaltsstatus





- 
CHARITÉ CAMPUS MITTE
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 
**ST. HEDWIG KLINIKEN
BERLIN**
 Psychiatrische Universitätsklinik der Charité
 an St. Hedwig-Krankenhaus
- ### Therapie
- **Therapie in nicht deutscher Muttersprache:**
11 von 208 (5,3 %)
 - **Verständigung in deutscher Sprache erschwert:**
85 von 369 (23 %)
 - **Mit Dolmetscher:**
5 von 195 (2,6 %)
 - **Therapie durch kulturell unterschiedliche Krankheitsverständnis erschwert:**
76 von 254 (29,9 %)


CHARITÉ CAMPUS MITTE
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie


**ST. HEDWIG KLINIKEN
BERLIN**
 Psychiatrische Universitätsklinik der Charité
 an St. Hedwig-Krankenhaus

Das Konzept der „Erklärungsmodelle“

Kulturelle Vorstellungen über

- Entstehungsbedingungen
- Pathophysiologie
- Symptome
- Krankheitsverlauf
- Anerkannte Behandlungsmethoden

↓

Erklärungsmodell einer Krankheit

Kleinman 1980



	Anteil drogen-abhängiger Migranten	Anteil der Migranten im Suchthilfesystem
Hamburg (2000) <small>(Haasen et al. 2001)</small>	33-35%	8-10%
Frankfurt (1994) <small>(Philippi 1998, Gaitanides 1998)</small>	37%	10-15%



Geringe Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen durch Aussiedler

Zugangsbarrieren?
↓
Unterschiedliche Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen?

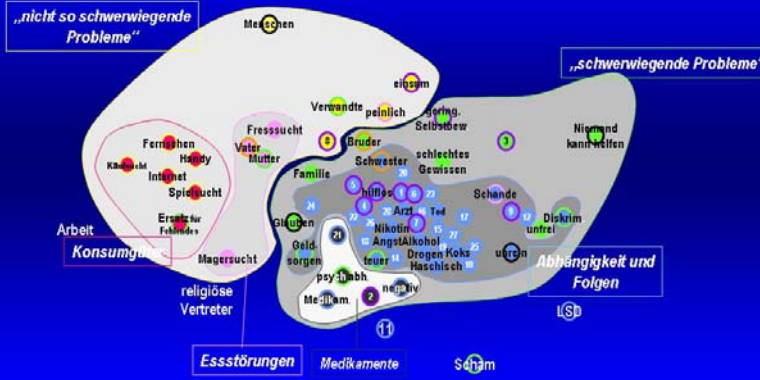


Erfassung von Erklärungsmodellen für Abhängigkeitserkrankg. von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, türkisch-stämmigen und einheimischen Jugendlichen

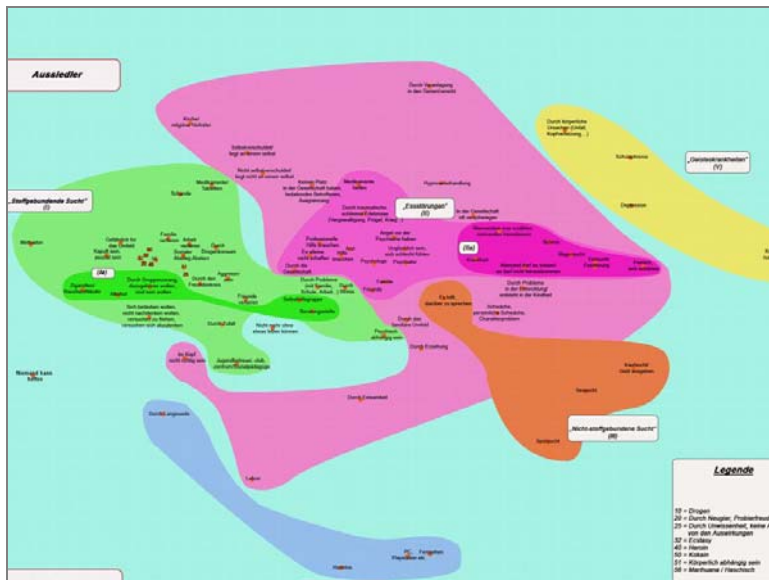
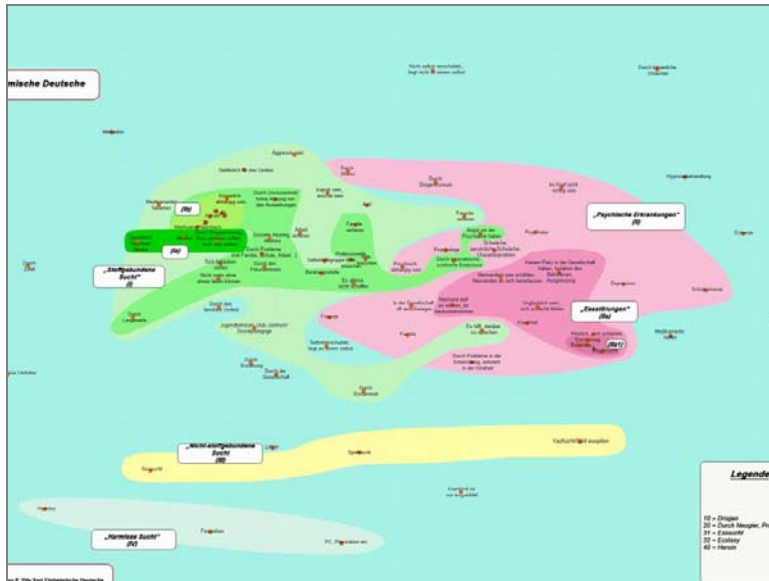


- **Free Listing**
 - (42 Aussiedler + 50 türkisch-stämmige Jugendliche
92 einheimische deutsche Jugendliche)
- **Pile Sort**
 - (20 Aussiedler + 20 türkisch-stämmige Jugendliche
20 einheimische deutsche Jugendliche)

↓
Hierarchische Clusteranalyse
Multidimensionale Skalierung



Index: 12 Angehörige sollen helfen; 20 Schwäche; 30 Familien Probleme; 40 Partner; 50 Freunde; 60 soziale Probleme; 70 Kränkerk; 80 nicht darüber sprechen; 90 nicht abgelehnt werden; 100 Krankheit sein; 110 Händel; 120 Mangel; 130 Konsumgüter; 140 Heime; 150 Mangel Konzentration; 160 schmerzt durch ungewohnte; 200 ist nicht der richtige; 210 nicht nicht davon ungewohnt; 220 keine Zukunft haben; 230 schmerzen; 240 der Familie Probleme bereiten; 250 Doppelmoral; 260 psychisch; 270 nicht abgelehnt werden; 280 gescheit; 290 nicht abgelehnt werden; 300 Konzentration



CHARITÉ CAMPUS MITTE
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Ergebnisse des Pile Sort Verfahrens (Auswahl)

Begriffe des Kontrollverlusts wurden von Aussiedlern nicht mit Drogenkonsum assoziiert → übersteigertes Kontrollgefühl → **Selbstüberschätzung** → Hilfe wird zu spät oder gar nicht aufgesucht

Aussiedler assoziierten die Begriffe „asozial sein“ und „Schande“ mit Drogenkonsum; den Begriff „es hilft, darüber zu sprechen“ lehnten sie ab → **Tabuisierung**



Zwei Grundmuster der Erklärungsmodelle von Aussiedlern für Alkoholabhängigkeit

- 1. Regelmäßiger, teils exzessiver Alkoholkonsum als „Charakterschwäche“
 - Normentsprechend, gesellschaftlich akzeptiert
 - Wenn Hilfe, dann informell
 - Lange Phase der Toleranz



- 2. Alkoholabhängigkeit als Krankheit
 - Grenze markiert durch Verwahrlosung
 - Stigmatisierung, Ausgrenzung
 - Körperliche Ursachen (Gehirnerschütterung)
 - Körperliche Symptome stehen im Vordergrund
 - Medizinische Hilfe: Arzt, Tabletten, Infusionen!
 - möglichst schnell und effektiv
 - Patient bleibt passiv
 - psychotherapeutische Methoden werden abgelehnt



⇒ Präventions- bzw. Informationsarbeit in Kenntnis kultureller Unterschiede im Verständnis psychischer Erkrankungen

⇒ muttersprachliche Mitarbeiter einstellen, interkulturelle Handlungskompetenz fördern

⇒ „Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens“



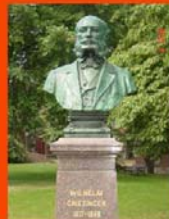
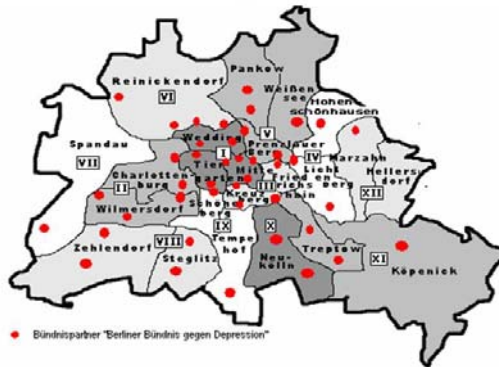
„Berliner Bündnis gegen Depression“

Interventionstrategien:

- **Medienwirksames Auftreten**
 - Umfassende Verbreitung der Informationen
- **Trainingsseminare bei relevanten Berufsgruppen**
 - Hausärzte, Lehrer, Berater etc.
- **Informationsveranstaltungen und kulturelle Veranstaltungen zum Thema Depression für die Bevölkerung**
- **Weitere Qualifizierung der behandelnden Berufsgruppen**
 - Tagungen, Kongresse, Fortbildung, Netzbildung
- **Internetauftritt (Information, Kontaktadressen)**
- **Depressionssprechstunde und Beratung in der PIA**
- **Verein „Berliner Bündnis gegen Depression“ e. V.**



Bündnispartner



Heimann H, Wohlfart E, Schouler-Ocak M, Penka S
Charité Campus Mitte
Elwert G†
Institut für Ethnologie Freie Universität Berlin
Krieg S
Institut für Ethnologie Universität Heidelberg

