

Dr. med. Meryam Schouler-Ocak  
[meryam.schouler-ocak@charite.de](mailto:meryam.schouler-ocak@charite.de)

(Klinikdirektor: Prof. Dr. med. Andreas Heinz)

## Spezialisierte stationäre Angebote für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund

BPtK-Tagung 7.10.2010  
in Berlin

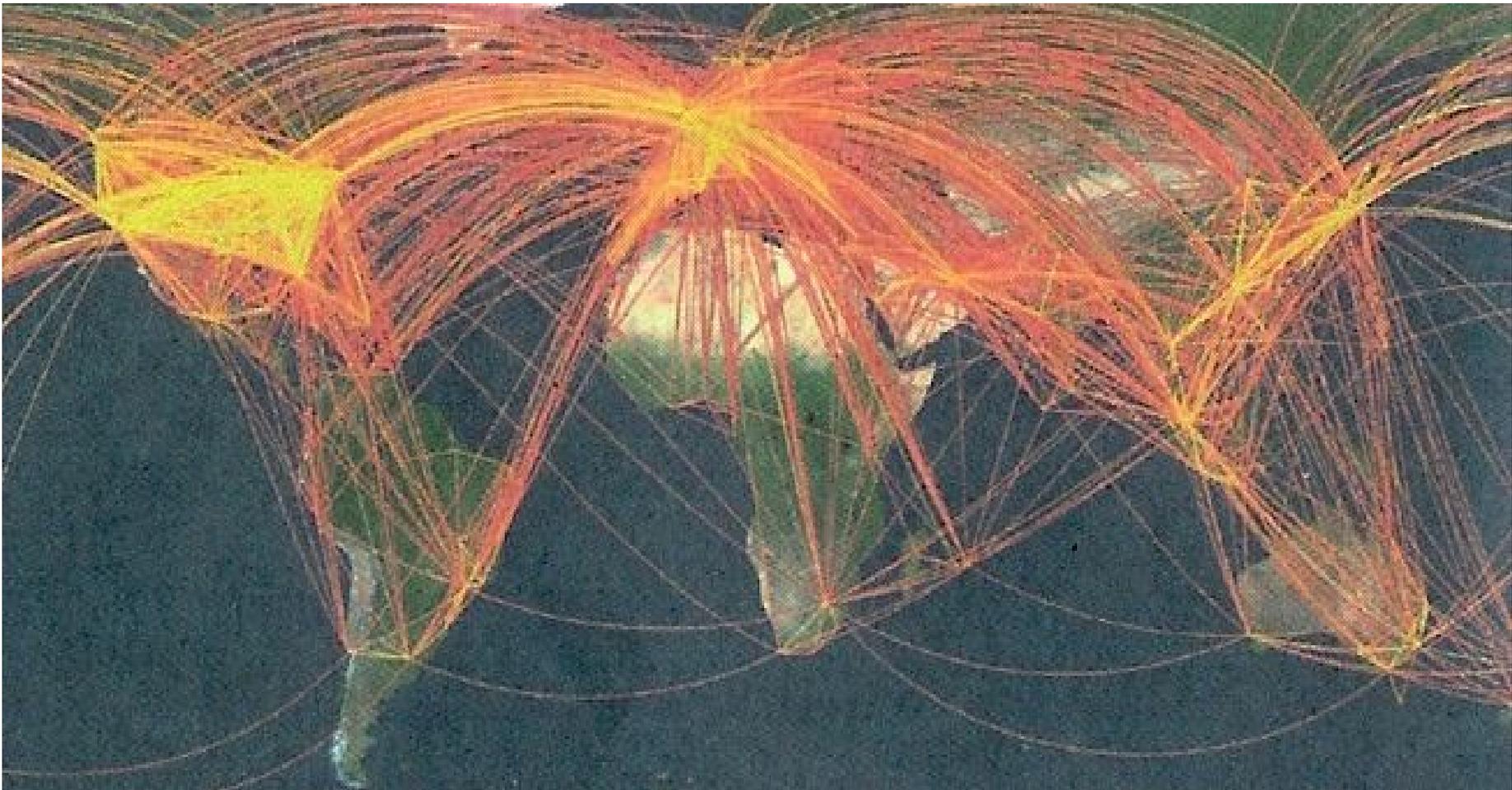




CHARITÉ CAMPUS MITTE  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



## Moderne Migration – Projektion weltweiter Flüge

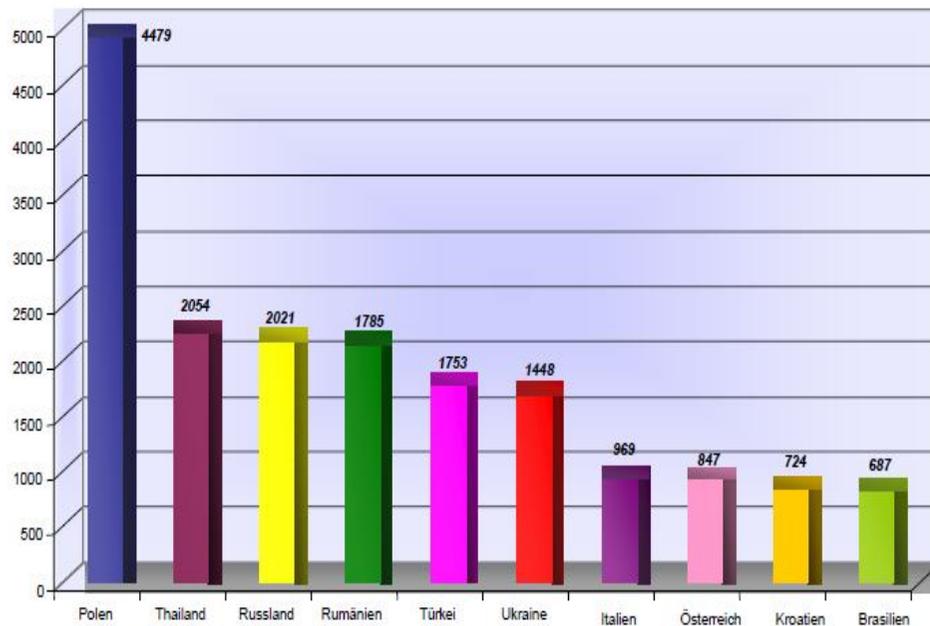






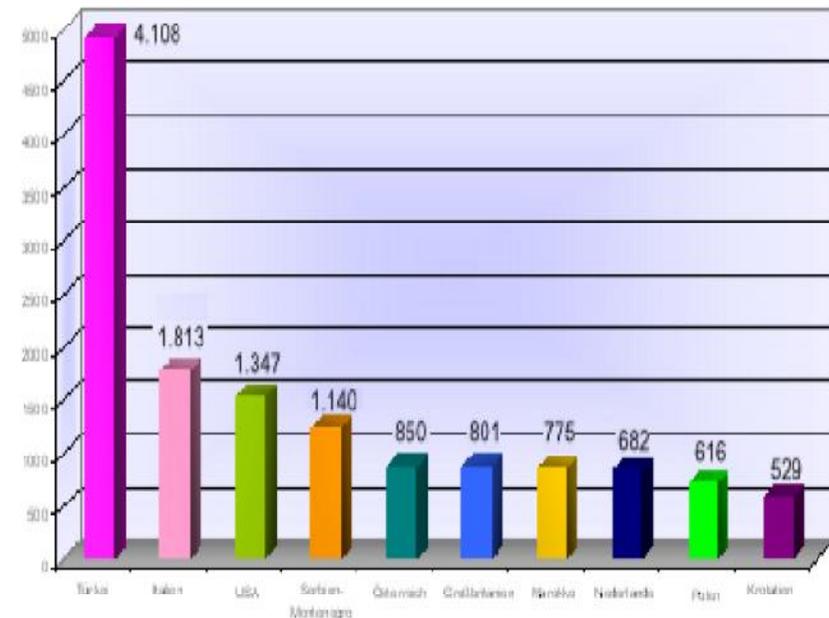
## Liebe der Deutschen zu Migrantinnen und Migranten 2005

Deutsche Männer heirateten 2005 Frauen aus folgenden Ländern:



Quelle: Statistisches Bundesamt.2006

Deutsche Frauen heirateten 2005 Männer aus folgenden Ländern:



Quelle: Statistisches Bundesamt.2006



## Mikrozensus 2005

(„kleine Volkszählung“)

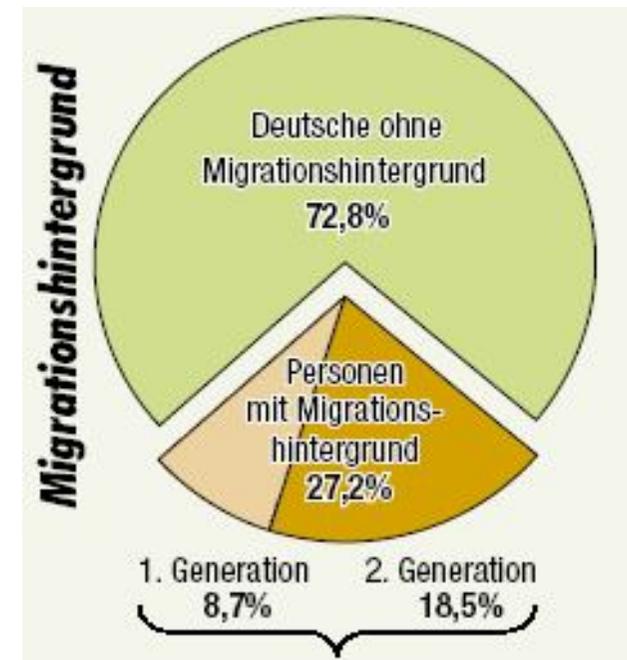
erfasst erstmals den Migrationshintergrund  
der Bevölkerung und zählt

81% Deutsche ohne Migrationshintergrund

10 % Deutsche mit Migrationshintergrund

9 % Ausländer/innen

27,2 % der Kinder und Jugendlichen  
(< 25 Jahre) „mit Migrationshintergrund“





## Daten des Statistischen Bundesamtes 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



- Verschiedene Studien konnten ein höheres Risiko für das Vorliegen psychischer Beschwerden wie Depression, Ängstlichkeit oder ein erhöhtes Suizidrisiko bei Menschen mit Migrationshintergrund aufzeigen.

(Jerusalem, 1992; Hovey & Magaña, 2000; Merbach et al. 2008)



## **Belastende Faktoren**

**Einsamkeit**

**Heimweh**

**Statusverlust**

**Sprachliche Probleme**

**Aufenthaltsstatus**

**Arbeitslosigkeit**

**Ökonomische Unsicherheit, Armut**

**Schlechte Wohnverhältnisse**

**Schlechte Bildung**

**Offener und latenter Rassismus**

**Dissonanzen zwischen Normen und Werten**

**der Herkunftsgesellschaft  
der Aufnahmegesellschaft**



## Protective Faktoren

**Starker Glaube (Religion, aber auch andere Ideologien) schützt vor psychischer Störung**

**Tradition:** sowohl protektiver (Identitätsstiftung) als auch Risikofaktor (mangelnde Integration: Segregation)

**Einfluss der Familien:** stärkster protektiver Faktor, aber hohe emotionale Belastung und mangelnde Integration

**Sprache:** Reden können



## Reden können

Prozesse der **Verarbeitung** sind an Symbolisierung, d.h. Sprache gebunden (s. Traumatherapie)

### Sich mitteilen können

Gute Kommunikationsfähigkeit ist ein **psychoprotektiver Faktor** (Kauai-Studie) für Kinder

Zugang zur Sprache der Mehrheitsgesellschaft ist ein **Wettbewerbsvorteil** (Pisa-Studie)



## Bilingualität: psychoprotektiv

Prospektive Langzeitstudie an 320 finnischen  
Rückkehrerkindern aus Schweden:

Konsistenter Gebrauch **beider** Sprachen  
kennzeichnete erfolgreiche Jugendliche hinsichtlich

- des Schulerfolgs und
- der psychischen Symptombelastung

Language Shift nach Remigration abträglich!

Vuorenkoski et al 2000



## Bilingualität: EU-Vorgabe

Jeder Bürger der EU soll neben seiner Muttersprache **mindestens 2 weitere Sprachen** beherrschen

*„Mehrsprachigkeit ein Fundament europäischer Kultur“*

Europaparlament: Rahmenstrategie zur Mehrsprachigkeit,  
November 2006 / 2003 INI



## Kultur des Patienten

Neben individuellen Faktoren wie Bildungsstand, medizinischem Wissen und Lebenserfahrung trägt Kultur zu Krankheitsverständnis, Wahrnehmung und Darstellung von Symptomen und Problemen sowie der Reaktion auf und den Umgang mit Krankheit bei. Erwartungen des Patienten an den Arzt, Behandlungsmotivation sowie die Compliance mit therapeutischen Strategien werden ebenfalls von Kultur beeinflusst.

(Tseng, 2004)



## Kultur des Arztes

Überlagert von persönlichen Einstellungen und medizinischem Wissen und Lebenserfahrung prägt die Kultur des Arztes die Art der Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten und beeinflusst (direkt oder indirekt) Haltung und Verständnis dem Patienten gegenüber wie auch mögliche Behandlungsstrategien.

(Tseng 2004)



## Kultur der Medizin(ischen Institutionen)

Die Gesundheitsberufe verbindet eine oft unbewusste Tradition von Einstellungen, die sich im Medizinsystem entwickelt haben. So kennzeichnen z. B. Werte wie Individualität, aktive Interventionen, aggressive Behandlungsstrategien, Therapie gegen den Willen des Patienten westliche Wertvorstellungen, die nicht notwendigerweise in anderen Kulturen Gültigkeit besitzen müssen. Das gilt auch für die Art der Arzt-Patient-Beziehung (partnerschaftlich vs. patriarchalisch), die Erwartungen an den Arzt oder den Umgang mit Regeln.

(Tseng 2004)



## 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%
- Wolfersdorf (Bayreuth) 1999: 3,6% vs. ca. 7%



## **Befragung von Institutionen – Spezielle Konzepte für Patienten mit Migrationshintergrund bei stationär-psychiatrischer Behandlung**

- Ambulante Angebote: 5 %
- Dolmetschereinsatz: 15 %
- Gruppenangebote: 2,5 %
- Zusammenarbeit mit Beratungsstellen: 5 %
- Muttersprachliche Behandlung: 15 %
- Spezialisierte Stationen mit integrativem Ansatz: 2,5 %

(Koch 2000)



## Befragung von Institutionen: Probleme bei stationär-psychiatrischer Versorgung

- Sprachliche Verständigung: 73 %
- Diagnostische und therapeutische Unsicherheit aufgrund kultureller Besonderheiten: 71 %
- Einigung auf therapeutische Vorgehen: 37 %
- Sozioökonomische Lage: 56 %
- Aufenthaltsstatus: 50 % (hier wesentlich häufiger Probleme im komplementären Bereich mit 68 %)

(Koch 2000)



## 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**



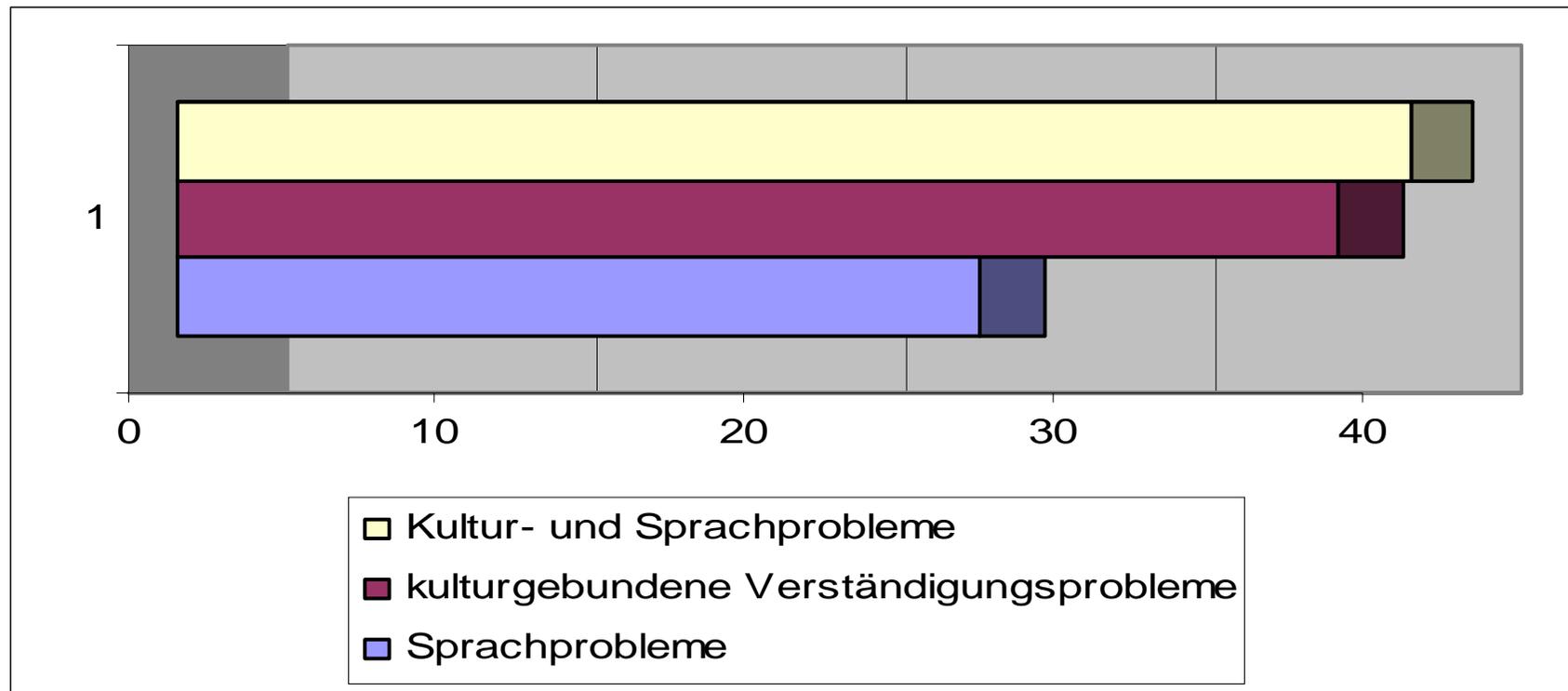
## Bettenzahl und Migrantenanteil nach Art der Einrichtung aufgeschlüsselt

(Pilotstudie der AG Psychiatrie und Migration der BDK)

KPP, Abt. Allg.Psychiatrie	656	121	18,4 %
KPP, Abt. f. Abh.	284	62	21,8 %
KPP, Gerontopsychiatrie	238	22	9,2 %
<b>KPP, Gesamt</b>	<b>1178</b>	<b>205</b>	<b>17,4 %</b>
KPP, Forensik	254	69	27,2 %
Abteilungspsychiatrie an Allg.krh.	123	21	17,1 %
Kinder-u. Jugend-Psychiatrie	341	39	11,4 %
Psychosomatik/Psychotherapie	44	2	4,5 %
Universitäts-Psychiatrie	148	26	17,6 %
Suchtreha	123	14	11,4 %



## Angabe von sprachlichen und kulturellen Verständigungsproblemen in %





Neben kulturellen bestehen sprachliche, religiöse und ethnische Missverständnisse

- Interaktions- und Kommunikationsschwierigkeiten
- Probleme in der Diagnose und Weiterbehandlung (Behandlerwechsel)
- Verstehen von Chiffren, Organchiffren und körperbezogenen Signalen und Metaphern

(Ali Kemal Gün, 2007)



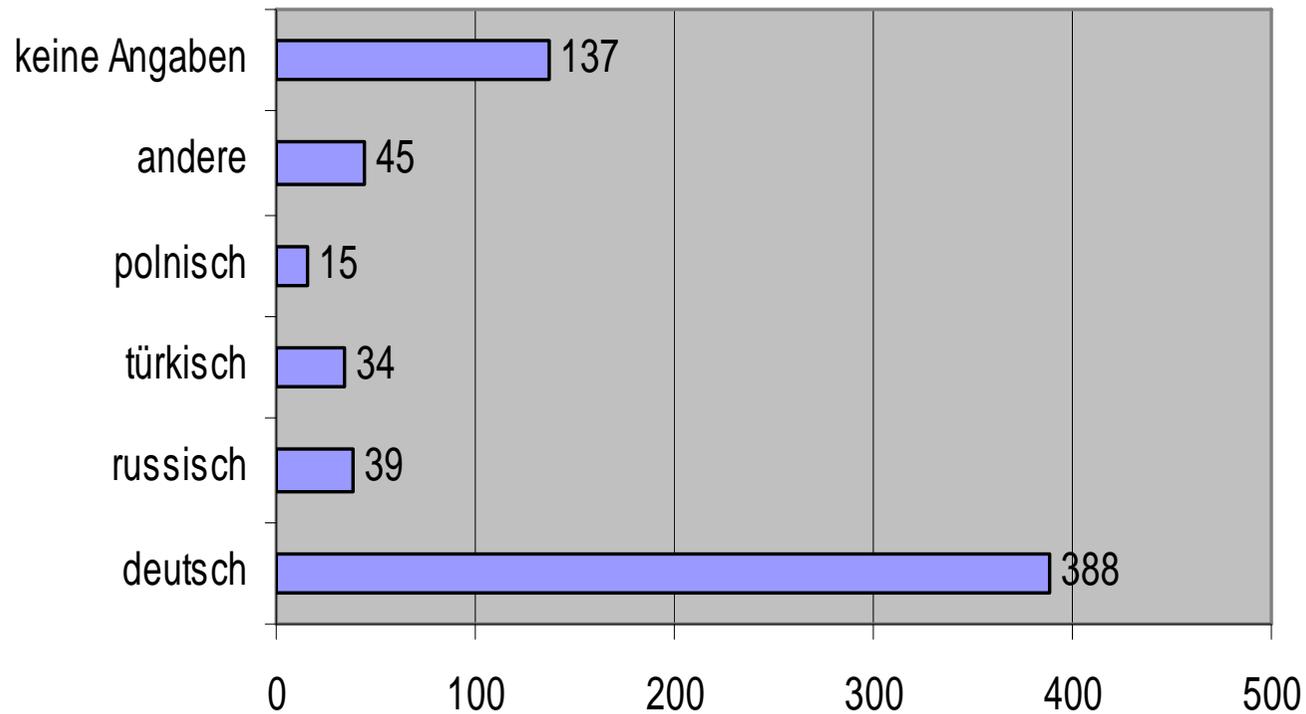
## Hauptstudie der AG Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz: Stichtag 19.07.2006

- ❖ **350 Kliniken bundesweit angeschrieben**
- ❖ **146 geantwortet (42 %)**
- ❖ **Durchschnitt Pat. mit Migrationshintergrund: 3,3**
- ❖ **Prozentualer Anteil Betten mit Pat. mit Migrationshintergrund belegt:  
17,0 %**

(Schouler-Ocak et al., 2008, 2009)



## In der Familie gesprochene Sprache

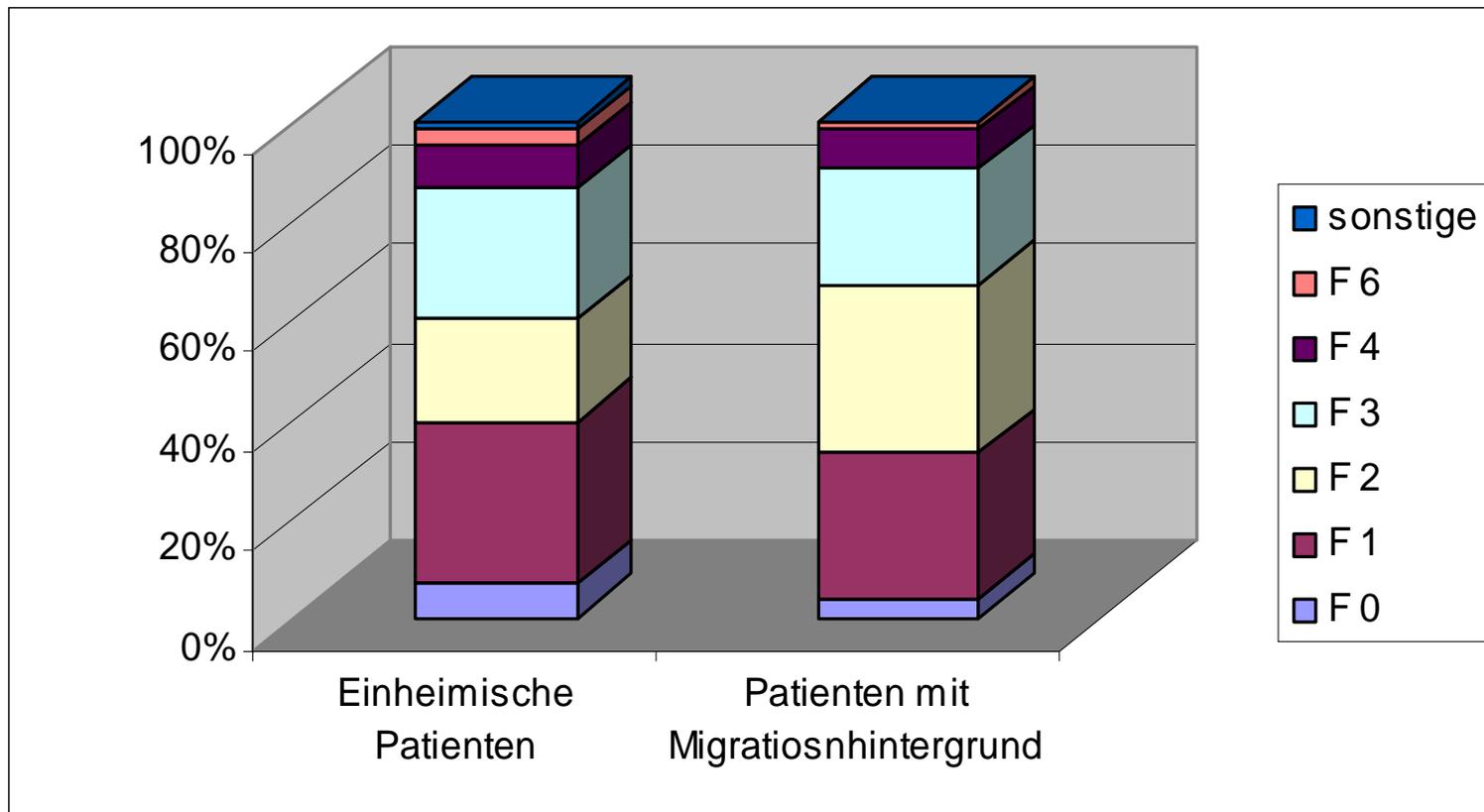


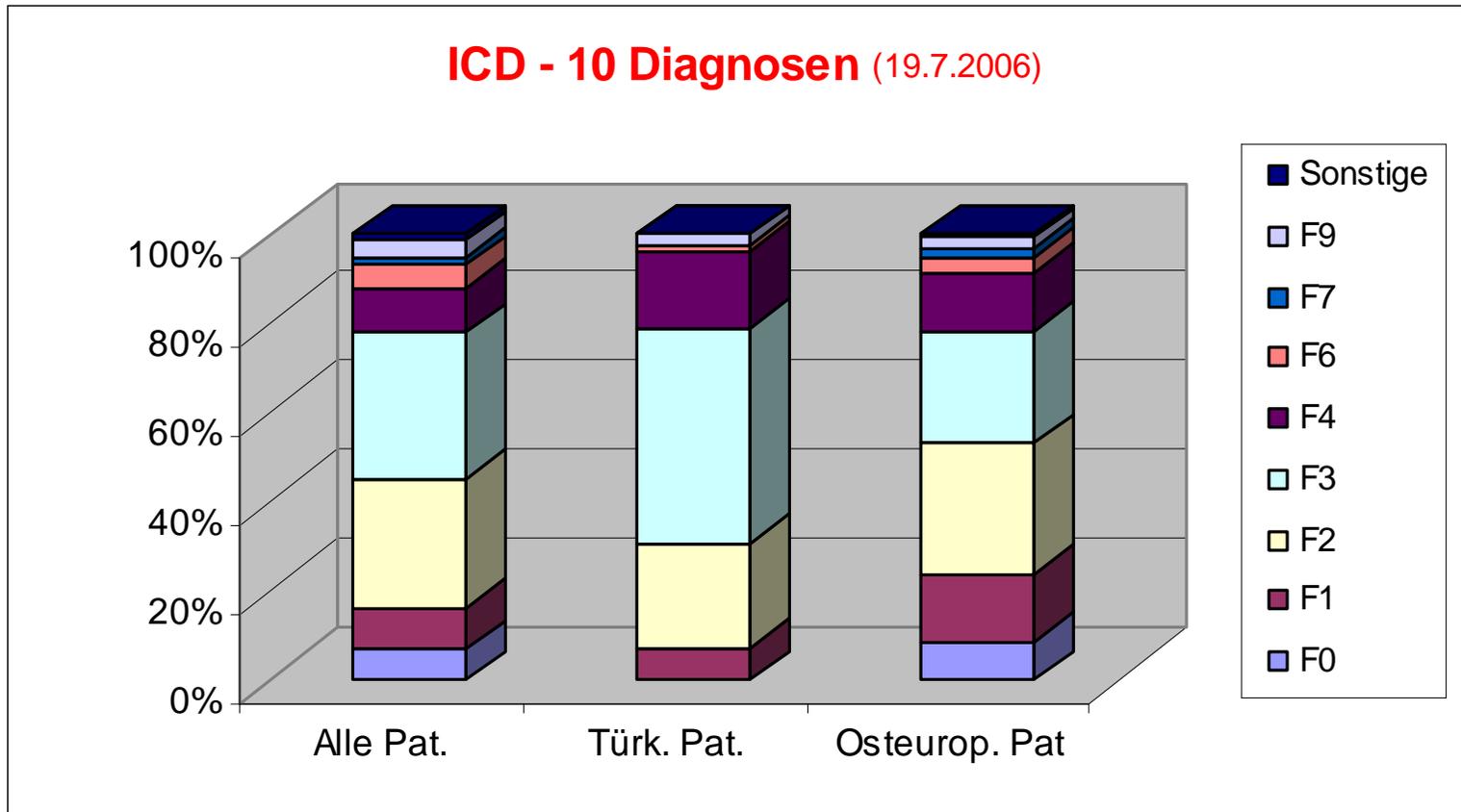
Schouler-Ocak, 2008



## Vergleich Erstdiagnosen:

(Hauptstudie: Stichtag 19.7.2006)





(Schouler-Ocak et al., 2009)



## **Fragebogen an 50 Einrichtungen, davon 30 Kliniken 17 Rückläufer ausschließlich von Kliniken mit interkulturell- psychiatrischen Angeboten**

### **Seit wann:**

4 zwischen 1991 und 1998

8 seit 2005

### **Initiative:**

Jeweils 9 institutionelle Vorgabe und Eigeninitiative von Mitarbeitern

### **Schwerpunkte:**

Ambulant: 11

Stationär: 8

Ambulant + stationär: 4

(Koch 2010)



## Fragebogen an 50 Einrichtungen, davon 30 Kliniken 17 Rückläufer ausschließlich von Kliniken mit interkulturell- psychiatrischen Angeboten

### Zielgruppen:

Arbeitsmigranten: 15

Spätaussiedler: 11

Flüchtlinge/Asylsuchende 11

Heiratsmigranten: 13

Familienangehörige: 12

### Nutzung:

Zu ca. 80-90% regional

### Dolmetscher:

Immer: 2

Häufig: 9

Selten: 4

Nie: 2



## Fragebogen an 50 Einrichtungen, davon 30 Kliniken 17 Rückläufer ausschließlich von Kliniken mit interkulturell- psychiatrischen Angeboten

**Ausschließlich interkulturelle Klientel: 3**

**Perspektive:**

Alle unbefristet

Ausweitung geplant: 10

**Schwerpunkt Ethnien:**

Türkisch: 10

Russisch: 6

Alle: 6

**Migrationsbeauftragte:**

nein: 7

Ja: 5

geplant: 4



**Fragebogen an 50 Einrichtungen, davon 30 Kliniken  
17 Rückläufer ausschließlich von Kliniken mit interkulturell-  
psychiatrischen Angeboten**

**Anteil von Migranten an Gesamtklinik:**

zwischen 10 und 30%

3 Einrichtungen (Migrantenambulanzen) ausschließlich interkulturelle Klientel

Wenig ausgewiesen Betten: nur 7 Institutionen (4 bis 30 Betten)

**Mitarbeiter:**

In 12 Institutionen gibt es 1 bis 2 MA, die nur interkulturell arbeiten  
Überwiegend Ärzte, dann Pflegenden, Psychologen, nur 3 Nennungen Sozialarbeiter

z. B. Station in Vitos Klinik Marburg: 8 von 24 Pat. Mit Migrationshintergrund

(Koch 2010)



## Langfristiges Ziel:

Entwicklung und Ausbau bedarfsorientierter,  
psychiatrisch-psychotherapeutischer und  
psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungskonzepte  
für Migranten in  
ambulanten, teil- und vollstationären sowie  
komplementären Bereichen  
im Sinne der interkulturellen Öffnung aller Institutionen der  
medizinischen und psychosozialen Versorgung



## 12 Sonnenberger Leitlinien:

- 1. Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch – psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.**
- 2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.**
- 3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscherinnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face-to-Face“ oder als Telefondolmetscherinnen.**
- 4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und – verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.**



- 5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.**
- 6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen sowie Allgemeinmedizinerinnen / -ärzte.**
- 7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiterinnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.**
- 8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.**



- 9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung.**
- 10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- und Sozialrecht.**
- 11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.**
- 12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migrantinnen und deren Behandlung.**

(Machleidt 2002)





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



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**

