

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema

Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland

1. Anlass des Positionspapiers

In Deutschland leben derzeit mehr als 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, die etwa 19,3 % der Bevölkerung der Bundesrepublik repräsentieren. Trotz vielfältiger Bemühungen ist das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem unseres Landes bisher dennoch nicht ausreichend in der Lage, diese Gruppe angemessen zu versorgen. Informationsbedingte, kulturelle und kommunikative Barrieren führen zu den seit langem bekannten Problemen von Unter-, Über- und Fehlversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit dadurch erhöhten Kosten für Therapie und Pflege. Eine Versorgung, die die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen will, benötigt klare strukturelle Rahmenbedingungen.

Die DGPPN möchte erwirken, dass die für die Versorgung verantwortlichen Träger des Gesundheitswesens in ihren Institutionen das Amt eines Migrations-/Migranten-/Integrationsbeauftragten schaffen, um dadurch wirksame und nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund einzuleiten. Eine erfolgreiche Arbeit ist nur dann möglich, wenn die Migrations-/Migranten-/Integrationsbeauftragten die dafür erforderliche Kompetenz erhalten. Ebenso wünschenswert sind multikulturelle Teams sowie ein regelhafter Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen.

Die DGPPN möchte mit diesem Positionspapier zu einer Versachlichung der Diskussion beitragen und helfen, bestehende Unzulänglichkeiten und Unsicherheiten zu klären, die den Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem teilweise prägen.

Zu diesem Anlass veranstaltet die DGPPN erstmals am 12. September 2012 ein Hauptstadtsymposium mit dem Titel „Psychisch krank durch Migration? Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“.

Im Folgenden wird ausgehend von bisherigen empirisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen eine zusammenfassende differenzierte Darstellung der Situation von Patienten im Gesundheitssystem gegeben.

2. Hintergrund und Datenlage zu Menschen mit Migrationshintergrund¹

Laut Mikrozensus lag im Jahr 2010 die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund bei gut 15,7 Millionen Menschen (Statistische Bundesamt



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Nervenheilkunde

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falkai, München

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen

Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen

Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Beisitzerin Versorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

Beisitzer Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Beisitzer Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Beisitzerin Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Beisitzer Psychosomatik

Prof. Dr. med. Martin Bohus, Mannheim

Beisitzerin Qualitätssicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

Vertreter BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Komm. Leiterin der Geschäftsstelle

Dipl. Biol. Juliane Amlacher, Berlin

DGPPN-Geschäftsstelle Berlin

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

Tel.: 030/2404772-0

Fax: 030/2404772-29

E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Internet: www.dgppn.de

2011). Dies entsprach einem Anteil von 19,3 % an der Gesamtbevölkerung Deutschlands. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund besteht aus den seit 1950 nach Deutschland Zugewanderten und deren Nachkommen. Die Mehrheit, nämlich 8,6 Millionen Menschen, hatte einen deutschen Pass, während ca. 7,1 Millionen Ausländerinnen und Ausländer waren. Nach einzelnen Ländern betrachtet waren die wichtigsten Herkunftsländer die Türkei (14,1 %), Polen (10,5 %) und die Russische Föderation (9,2 %). Personen mit Migrationshintergrund waren 2010 im Durchschnitt deutlich jünger als diejenigen ohne Migrationshintergrund (35,0 Jahre gegenüber 45,9 Jahre), sie waren weitaus häufiger ledig (45,7 % gegenüber 38,5 %). Zudem fehlte Personen mit Migrationshintergrund häufiger ein Schulabschluss (15,3 % gegenüber 2,0 %) oder ein berufsqualifizierender Abschluss (45,0 % gegenüber 19,6 %) (Statistische Bundesamt 2011).

Hinter dieser vermeintlich einheitlichen „Bevölkerungsgruppe“ verbergen sich vielfältige heterogene Gruppen, also Menschen unterschiedlicher Herkunftsländer, verschiedener Migrationsgenerationen, mit unterschiedlichen Bildungshintergründen, Aufenthaltsstatus und verschiedenen sozioökonomischen Lebenssituationen. Bereits seit den 1990er Jahren wurden Barrieren zum und im Sozial- und Gesundheitswesen, die einer qualitativ gleichwertigen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Wege stehen, angesprochen. Es wurde unter anderem eine zahlenmäßig meist verringerte Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund¹ erkennbar (Penka et al. 2012; Lindert et al. 2008). Verantwortlich für diese Versorgungslage können unterschiedliche Aspekte wie fehlende Informationen bezüglich der Versorgungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitssystem, aufenthaltsrechtliche Faktoren (Grüsser et al. 1999), Verständigungsschwierigkeiten und „kulturelle“ Missverständnisse (Penka et al. 2003; Zaumseil 2006, Wohlfart & Kluge 2007, Schouler-Ocak 2011) sein, die den Weg in das Versorgungssystem verhindern bzw. verzögern (Penka et al. 2012). Zudem führen kulturelle und kommunikative Barrieren zu Problemen von Unter-, Über- und Fehlversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit dadurch zum Teil erheblich erhöhten Kosten für Therapie und Pflege (Brucks & Wahl 2003). Auch Diskriminierungserfahrungen haben Einfluss auf die subjektive Gesundheit von Migranten. Personen mit Diskriminierungserfahrungen verfügen nach einer Untersuchung von Igel, Brähler & Grande (2010) über eine signifikant schlechtere Gesundheit. Stigmatisierung und Scham können weitere Ursachen für eine Unterversorgung zumindest von einigen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Störungen sein (Schomerus 2009; Machleidt 2011).

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, welche den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischen Störungen gerecht werden möchte, benötigt daher angemessene strukturelle Rahmenbedingungen, welche eine adäquate Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund über die gesamte Lebensspanne mit der entsprechenden professionellen interkulturellen Sensibilität und Kompetenzermöglicht. Denn nicht selten sind subjektive Erklärungsansätze für psychische Störungen, Krankheitsverständnis und damit in entscheidendem Maße auch Behandlungserwartungen stark von kulturellen Einflüssen abhängig/geprägt. Die Migrationserfahrung selbst kann auch potentiell pathogen wirken und Behandlungsverläufe beeinflussen.

Eine Vernachlässigung dieser Faktoren bei der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen wird den Erfordernissen einer evidenzbasierten Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund nicht gerecht, gefährdet unter Umständen sogar Behandlungserfolge und damit letztlich die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund besonders bei schweren psychischen Störungen (Behrens & Calliess 2008a). Damit gefährdet sie auch die Partizipation am gesellschaftlichen Leben.

¹ „Menschen mit Migrationshintergrund“ meint heutzutage in Deutschland alle Menschen, die nach 1949 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen AusländerInnen und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugezogenen oder als AusländerIn in Deutschland geborenen Elternteil (Statistisches Bundesamt 2011).

Zunehmend kristallisiert sich heraus, dass neben kulturellen Aspekten auch ein beträchtlicher Einfluss psychosozialer und migrationsspezifischer Faktoren auf Prävalenz, Manifestation und Verlauf seelischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund evident wird (Selten et al. 2007; Cantor-Graae & Selten 2005; Bhugra & Mastrogianni 2004; Jablensky et al. 1992). Einige internationale Studien weisen sogar darauf hin, dass schwere psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt auftreten können. So berichteten Cantor-Graae & Selten (2005) und Selten et al. (2007) beispielsweise, dass Migration einen wichtigen Risikofaktor für die Ätiologie schizophrener Störungen darstellt, oder Veling et al. (2008) schilderten, dass die Schizophrenierate unter Menschen mit Migrationshintergrund in Stadtvierteln Den Haags mit nur einer geringen Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund signifikant höher war als in Bezirken mit hoher ethnischer Vielfalt.

Die Datenlage aus der Literatur über die Entwicklung psychischer Störungen im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess ist nach wie vor insgesamt ungenügend und inkongruent, sie ist je nach Herkunfts- und Aufnahmeland sehr heterogen (Glaesmer et al. 2009). Neueren Veröffentlichungen in Deutschland ist zu entnehmen, dass unter Menschen mit Migrationshintergrund zumindest eine vergleichbar hohe Rate psychischer Störungen auftritt wie unter Personen ohne Migrationshintergrund (Glaesmer et al. 2009).

3. Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Bei einer Reanalyse des Bundesgesundheits surveys fanden Bermejo et al. (2010) bei Ausländern im Gegensatz zu Einheimischen eine insgesamt signifikant höhere Prävalenzrate psychischer Störungen. Unter besonderen Bedingungen wie Asylverfahren, Vertreibung, Isolation, soziale Brennpunkte, Bildungsferne, Armut, Ethnic Density und für bestimmte Störungen, vor allem akute Belastungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Somatisierungsstörungen, sowie bei Subgruppen (z.B. Alkoholabhängigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund aus der ehemaligen UdSSR) besteht offensichtlich ein höheres Erkrankungsrisiko (Wohlfart & Zaumseil 2006; Assion 2005; Koch et al. 2008; Schouler-Ocak & Haasen 2008, Veling et al. 2008; Tagay et al. 2008; Igel et al. 2010). Allerdings muss angemerkt werden, dass sich die meisten Studien im deutschsprachigen Raum auf die großen Gruppen türkisch- und russischsprachiger Menschen mit Migrationshintergrund fokussieren. Die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen ist zudem dadurch erschwert, dass der Migrantenanteil an der Gesamtbevölkerung insgesamt und der prozentuelle Anteil der Herkunftsländer lokal und regional sehr unterschiedlich sind.

4. Interkulturelle Kompetenz

Unter Kultur versteht Pfeiffer (1994, S. 10) einen „Komplex, der überlieferte Erfahrungen, Vorstellungen und Werte umfasst sowie gesellschaftliche Ordnung und Verhaltensregeln“, während Herbrand (2002, S.16) „ein Orientierungssystem, das innerhalb der Gruppe eine reibungslose und effektive Interaktion, Kooperation und Kommunikation erlaubt und es ermöglicht, das Verhalten und die Reaktion anderer Gruppenmitglieder vorherzusehen“ darunter subsummiert. „Eine fremde Kultur präsentiert sich den Menschen wie ein Eisberg: Nur ein kleiner Teil ist der menschlichen Wahrnehmung zugänglich“. Tseng (2004, S.1) betont, dass die Kultur einem ständigen Veränderungsprozess ausgesetzt ist: „Culture shapes people's behavior, but at the same time it is molded by the ideas and behavior of the members of the culture. Thus, culture and people influence each other reciprocally and interactionally“ (Kultur prägt das Verhalten der Menschen und wird gleichzeitig von den Ideen und dem Verhalten der Mitglieder einer Kultur geformt. Kultur und Menschen beeinflussen sich somit gegenseitig). Andere Autoren (Berninghausen & Hecht-El Minshawi 2010, S. 7) sprechen im Zusammenhang mit der Kultur vom „Rückgrat der Identität“. Dagegen entstehe Kultur nach Kumbrock & Derboven (2009, S. 8) „im sozialen Diskurs um Bedeutungen, wobei Sinn und Wert von kulturellen Traditionen, Praktiken und Erfahrungen ausgehandelt werden“. Hieraus wird deutlich, dass interkulturelle Kompetenz als eine Komponente der sozialen Kompetenz zu verstehen ist. Denn Wahrnehmen, Urteilen und Handeln sind

immer auch kulturell bedingt (Grosch & Leenen 1998). Offenheit, Interesse und respektvolle Neugier auf Ungewohntes stellen nach Oestereich & Hegemann (2010) die Grundpfeiler interkultureller Kompetenz dar. Interkulturelle Kompetenz beinhaltet in der psychiatrisch-psychosozialen Praxis zudem die Arbeit mit Sprach- und Kulturvermittlern, das Beachten und Erkennen von *idioms of distress* (lokaltypische Symptommuster) und das Beachten der Krankheitsverständnisse und Behandlungserwartungen der Patienten sowie das Ausarbeiten kulturell passender Erklärungen und Behandlungsangebote (Penka et al. 2003; Kirmayer et al., 2008; Eiser et al., 2007; Betancourt, 2003; Odawara, 2005).

5. Interkulturelle Öffnung

Die interkulturelle Öffnung von Regelversorgungsangeboten hat zum Ziel, für Menschen mit Migrationshintergrund einen gleichwertigen und gleichberechtigten Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen und eine kultursensible Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. Auch die von den psychiatrischen Fachgesellschaften formulierten „Sonnenberger Leitlinien“ (Machleidt 2006) basieren auf der Idee der interkulturellen Öffnung (Kluge und Penka 2010, Penka et al. 2012). Hintergrund dieser Entwicklungen ist, dass nicht mehr die einseitige Anpassung der Menschen mit Migrationshintergrund an das Versorgungssystem in Deutschland erwartet wird, sondern die Öffnung und Qualifizierung des Systems selbst (Machleidt 2006). Dies schließt die Qualifizierung der Fachkräfte und damit auch der ÄrztInnen/Pflegekräfte mit ein. Die Notwendigkeit zur interkulturellen Öffnung wird zunehmend in Politik und Praxis anerkannt (Der Nationale Integrationsplan 2007) (Penka et al. 2012).

Eine nachhaltige und alltagstaugliche Verbesserung der medizinischen Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund im ambulanten und stationären Bereich ist demnach nur gewährleistet, wenn die Gesundheitsinstitutionen verbindliche Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung entwickeln und diese personell zuordnen. Die Implementierung z.B. eines Migrations-/Migranten- oder Integrationsbeauftragten ist ein Schritt zur Umsetzung des Diversity Managements, wie im Integrationsplan empfohlen. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass die interkulturelle Öffnung eine Leitungsaufgabe und somit eine top-down-Maßnahme ist. Sie erfordert eine gezielte Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund. Dabei benötigen alle Mitarbeiter Kultursensibilität. Migrationssensible Versorgung ist nicht Aufgabe der Menschen mit Migrationshintergrund selbst und darf nicht an sie delegiert werden. Die Fort- und Weiterbildungsinstitute müssen sich auch dieses Thema annehmen.

6. Integrations-, Migrations-, Migranten-Verantwortliche

Die Benennung von Migrations-/Migranten-/Integrationsbeauftragten und die Definition ihrer Aufgabenbereiche sind entscheidende Schritte zur Umsetzung eines migrantengerechten Behandlungsansatzes. Dadurch können die besonderen Bedürfnisse der Patienten mit Migrationshintergrund Berücksichtigung finden und dem behandelnden und pflegenden Personal Orientierung in der Versorgung dieser Patienten bieten.

Welche konkreten Aufgabenbereiche dem Integrationsbeauftragten übertragen werden sollen, ist von der spezifischen Situation der jeweiligen Einrichtungen, der Patientenstruktur, dem Versorgungsschwerpunkt und den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig. Denn die interkulturelle Öffnung ist eine Querschnittsaufgabe und gehört daher in ambulante und klinikinterne Gremien und Arbeitskreise (z.B. QM-Team), in denen Pläne und Konzepte zur Zukunft der Einrichtungen behandelt und thematisiert werden. Dabei geht es auch um eine organisatorisch gesicherte, kontinuierliche Absprache mit der Betriebsleitung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, notwendige Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung und Kompetenzerweiterung, Veränderungen in dem Anforderungsprofil von Neueinstellungen, Erhöhung der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund.

7. Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote durch Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland

Aus der Gesundheitsforschung ist bekannt, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund in Abhängigkeit vom Sozialstatus und dem Bildungsniveau in erheblich geringerem Umfang Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsprogramme in Anspruch nehmen (Nationaler Integrationsplan der Bundesregierung 2007; Assion 2005). Auch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitstage liegen bei ihnen eher niedriger (Razum et al. 2008). Bezüglich der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund waren für Deutschland wenig belastbaren Daten verfügbar (Koch et al 2010; Koch & Brähler 2008; Linder et al. 2008).

Erst in der repräsentativen Umfrage 2006 in 131 psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland wurde keine Minderbelegung durch Patienten mit Migrationshintergrund gefunden. Vielmehr wurde nachgewiesen, dass Patienten mit Migrationshintergrund ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend (17 % bei 18,6 % Menschen mit Migrationshintergrund, Mikrozensus, 2005) in der stationären psychiatrischen Behandlung angekommen waren (Schouler-Ocak et al. 2008), wobei diese Daten keine Aussage zur Behandlungsqualität beinhalten. Es bestanden dabei keine genderspezifischen Unterschiede bezüglich der Belegung. Offenbar können Patienten mit Migrationshintergrund die oben beschriebenen Barrieren inzwischen besser überwinden. Bei genauer Betrachtung der einzelnen Abteilungen ist allerdings festzustellen, dass in den Abteilungen für Psychotherapie/Psychosomatik (4,5 %), Gerontopsychiatrie (9,2 %) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (11,4 %) sowie Sucht/Reha (11,4 %) eine Unter-, in der Forensik (27,2 %) und der Abteilung für Abhängigkeits-erkrankungen (21,8 %) eine Überrepräsentation bestand. Bei Patienten mit Migrationshintergrund wurde signifikant häufiger eine Diagnose aus dem F2-Spektrum gestellt. Vermutlich sind hierfür sprach- und insbesondere kulturgebundene Missverständnisse verantwortlich. Diskutiert werden aber auch psychosoziale Belastungsfaktoren im Rahmen des Migrationsprozesses. Weitere Untersuchungen müssen an dieser Stelle zu mehr Klarheit verhelfen.

8. Arbeit mit Dolmetschern (Sprach- und Kulturmittlern)

In einer Pilotstudie 2004 in 12 großen Einrichtungen gaben die Behandlungsteams mit 27 % sprachgebundene, mit 38 % kulturgebundene und mit 44 % kultur- und sprachgebundene Verständigungsprobleme im Kontakt mit Patienten mit Migrationshintergrund an (Koch et al. 2008). Alle Akteure, die Ansprechpartner für diese Patienten mit schweren psychischen Störungen sind, müssen daher auch für Personen mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache eine angemessene Behandlung gewährleisten. Das erfordert Kenntnisse im Umgang mit Dolmetschern (Sprach- und Kulturmittlern) und deren Verfügbarkeit. Dabei kann es sich z.B. um Gemeindedolmetscherdienste wie in Berlin handeln, es sind aber in größeren Kliniken auch Dolmetscherdienste von bilingualem Fachpersonal denkbar (Bahadir 2009). Inakzeptabel ist hingegen der Rückgriff auf ungeschultes Personal oder gar Angehörige der Patienten als Übersetzer. Der Einsatz von qualifizierten Sprach- und Kulturmittlern sollte demnach routinemäßig dann erfolgen, wenn Verständigungsprobleme bestehen. Denn eine muttersprachliche Behandlung scheitert in der Regel an einem Mangel an qualifizierten Sprach- und Kulturmittlern. Erschwert wird die Situation auch dadurch, dass ausländische Ärztinnen/Ärzte deutliche Schwierigkeiten haben, eine außerhalb Deutschlands erworbene Berufserlaubnis anerkennen zu lassen.

Leitfäden für den professionellen Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern sollten nicht nur von den professionellen Dolmetschern, sondern auch von den Professionellen im Gesundheitssystem verinnerlicht werden. Dadurch können Missverständnisse vermieden und die Möglichkeiten einer dolmetscher-gestützten Diagnostik und Behandlung genutzt werden (Morina et al. 2010).

9. Prävention

Evidenz-basierte Leitlinien für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund sind noch nicht umfassend formulierbar, obwohl gemäß der WHO (2004) Programme und Interventionen an regionale und kulturelle Charakteristika angepasst

werden müssten. Nur wenige Studien befassen sich bislang mit dieser Thematik. Zeef et al. (2010) beschreiben mögliche allgemeine Präventionsansätze für Menschen mit Migrationshintergrund am Beispiel der Sucht. Schouler-Ocak et al. (2010) beschreiben das Konzept eines in Berlin umgesetzten Suizidpräventionsprojekts. Im Zusammenhang von Präventionsprojekten wird betont, dass die Rekrutierung und Weiterbildung von muttersprachlichen Experten sowie eine enge Zusammenarbeit mit den einzelnen kulturellen Vertretergemeinden zentral ist (Kirmayer et al. 2010). Öffentlich ausliegendes Aufklärungs- und Informationsmaterial und Aufklärungskampagnen sollten mehrsprachig zur Verfügung stehen und die Darstellung kulturspezifisch gestaltet sein (Kirmayer et al. 2010, Schouler-Ocak et al. 2010). Das Erreichen einzelner Migrantengruppen durch Aufklärungskampagnen kann allerdings durch die mit den Themen verbundene Stigmatisierung erschwert sein (Marhawa & Livingston 2002).

10. Politische Rahmenbedingungen

Der Nationale Integrationsplan der Bundesregierung (2007) hebt die Integration (von Migranten) als „eine Schlüsselaufgabe für den Staat und für die gesamte Gesellschaft“ hervor. Darin wird betont, dass alle staatlichen und gesellschaftlichen Kräfte, die an der Integration mitwirken, sich dieser Herausforderung gemeinsam stellen. Als ein Katalysator soll der Integrationsplan dazu dienen, dass der Abbau von Barrieren zur gleichberechtigten Teilhabe bei den Ursachen ansetzt und die Balance zwischen Fördern und Fordern herstellt. Insbesondere wird darin die Notwendigkeit der Verbesserung der Gesundheitsförderung von Migranten betont, neben übergeordneten Ansätzen in Politik und Lebensraumgestaltung, welche die Ziele Integration bzw. interkulturelle Öffnung, ganzheitliche Ressourcenförderung zur Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit und die Prävention spezifischer Risikofaktoren spezieller Risikogruppen beinhalten sollte. Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migranten benötigt bedarfsorientierte Angebote, eine interkulturelle Regelversorgung, eine interdisziplinäre Vernetzung, die Erschließung adäquater Zugangswege und die Sicherung der Datenbasis (Nationaler Integrationsplan der Bundesrepublik Deutschland, 2007, S. 100).

11. Forderungen

Aufgrund von Globalisierung, steigender Mobilität und den damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungsprozessen nehmen zunehmend Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern das hiesige Gesundheitssystem in Anspruch (Penka et al. 2012). Um Barrieren zum bzw. im Versorgungssystem zu reduzieren, sind der sensible Umgang mit Differenzen, eine Offenheit und ein gegenseitiges Interesse am Gegenüber notwendig. Erforderlich ist ein reflektierter Umgang mit Unterschieden bezüglich Bildung, Geschlecht, Migrationshintergrund oder sozio-ökonomischer Situation, ohne Kategorisierung und Stereotypisierung. Die Beachtung des jeweiligen Lebensalltags der Patienten mit Migrationshintergrund mit all seinen Facetten und die Berücksichtigung individueller Erklärungsmodelle hinsichtlich Gesundheit und Krankheit können Missverständnisse verhindern bzw. minimieren helfen (Penka et al. 2012). Genauso sind die Bildung multikultureller Teams durch die Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und ein regelhafter Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen wichtig. Eine gesetzliche Regelung der Kostenübernahme von Dolmetschern ist dringend notwendig. Erst eine solche Regelung ermöglicht deren qualitativ notwendigen Einsatz bei Patienten, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind. Dieser Schritt trägt zur erhöhten Inanspruchnahme der benannten Klientel bei und ist wichtig zum Abbau von Zugangsbarrieren (Penka et al. 2012). Daneben ist eine nachhaltige und alltagsfähige Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten nur gewährleistet, wenn die Einrichtungen des ambulanten vertragsärztlichen Sektors und der stationären Versorgung verbindliche Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung entwickeln und diese auch personell zuordnen (Migrationsbeauftragte). Der Einfluss von kultur- und migrationsspezifischen Aspekten auf Ätiologie, Pathoplastik und Schwere psychischer Störungen ist grundsätzlich unbestritten (Heimann et al. 2007; Alarcon 2009).

In Zeiten verschärften Wettbewerbs sind die Akteure im ambulanten vertragsärztlichen Sektor und in Krankenhausbereichen auch gehalten, geeignete Maßnahmen zur Patientenbindung und

Umsatzsteigerung zu ergreifen. Die Schaffung eines Migrations-/Migranten-/ oder Integrationsbeauftragten ist geeignet, die wachsende Klientel mit Migrationshintergrund anzusprechen, zu gewinnen und angemessen zu versorgen.

Die Akteure des ambulanten vertragsärztlichen Sektors und der Krankenhäuser in somatischen, psychiatrischen und Rehabilitations-Bereichen sind – bis auf wenige Ausnahmen – nicht auf die Versorgung von Menschen anderer Kulturen und Sprachen vorbereitet. Die Sicherung interkultureller Kompetenz muss personell und organisatorisch verbindlich in das Ablaufsystem von Versorgern eingebunden werden. Ansonsten ist in zunehmendem Maße aufgrund der älter werdenden Migranten, der Leistungsverdichtung und Personalverknappung im ambulanten wie auch im stationären Bereich mit erheblichen Störungen in der Kommunikation und in den Betriebsabläufen zu rechnen. Dies wird sich auch auf die Behandlungsergebnisse auswirken.

Autoren des Positionspapiers: M. Schouler-Ocak (Berlin), T. I. Callies (Hannover), P. Falkai (München), W. Maier (Bonn)

Literatur

Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009; 8:131-139.

Assion HJ (Hrsg.) *Migration und seelische Gesundheit*, Springer, Berlin. 2005.

Bahadır, Ş. Müssen alle bikulturellen Krankenhausmitarbeiter dolmetschen (können/wollen)? In: Falge, C, Zimmermann G (Hrsg) *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems*. Nomos, Baden-Baden, 2009.

Behrens K, Callies IT. Migration biography and culture as determinants of diagnostic and therapeutic processes in mentally ill immigrants. A systematic differentiation based on a qualitative content analysis of treatment courses. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2008a; 58: 162-8.

Cantor-Graae E, Selten JP: Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1.

Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax* 2010;37:225-232.

Berninghausen J, Hecht-El Minshawi B: *Interkulturelle Kompetenz – Managing Cultural Diversity. Trainings-Handbuch* (3. Auflage). Kellner, Bremen, Boston, 2010.

Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2004;184:10-20

Brucks U, Wahl WB. Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg): *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse, Frankfurt 2003; pp. 15-34.

Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempo O 2nd Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep* 2003;118(4):293-302.

Die Bundesregierung (2007) *Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege- neue Chancen*. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Archiv16/Artikel/2007/07/Anlage/2007-10-18-nationaler-integrationsplan.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff: 27.04.2012].

Eiser AR, Ellis G. Viewpoint: Cultural competence and the African American experience with health care: The case for specific content in cross-cultural education. *Acad Med* 2007;82(2):176-83.

Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W: Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax* 2009; 36:16-22.

Grube M. Are compulsory admissions more frequent in immigrants and ethnic minorities? *Psychiat Prax*. 2009; 36: 67-71.

Grüsser S, Becker K (1999) Drogenabhängigkeit und Migration innerhalb der Europäischen Union (EU). In: GÖLZ, *Moderne Suchtmedizin* 5/1999, S 1-7.

Heimann H M, Penka S, Heinz A (2007). Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen - eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. *Suchttherapie* 8: 57-56.

Herbrand, F: *Fit für fremde Kulturen. Interkulturelles Training für Führungskräfte*. Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien, 2002.

Igel U, Brähler E, Grande G. Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migranten. *Psychiatr Prax* 2010;37:183-190.

Jablensky A, Sartorius N, Ehrenberg G, Anker M, Corten A, Cooper JE, Day R, Bartelsen. *Schizophrenia: manifestations, incidence, and course in different cultures: A World Health Organization Ten Countries Study (Psychological Medicine, Monograph Supplement No 20.)* Cambridge University Press, Cambridge / UK. 1992.

Kirmayer LJ, Rousseau C, Corin E, Groleau D. Training researchers in cultural psychiatry: the McGill-CIHR Strategic Training Program. *Acad Psychiatry* 2008;32(4):320-6.

Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Canadian Guidelines for Immigrant Health. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*; July 5. 2010; 1-9.

Kluge U, Penka S (2010) Perspektiven für Kriterien Guter Praxis im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A. *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. Elsevier, Urban & Fischer, S. 551-560

Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. German pilot study of psychiatric inpatients with histories of migration. *Nervenarzt* 2008; 79:328-39.

Koch E, Straßheim S, Kamçılı-Kubach S, Müller MJ (2010) Belastungsfaktoren bei türkischen Migranten und einer Kontrollgruppe mit affektiven Störungen in stationärer Behandlung. Poster beim DGPPN-Kongress 2010 Koch U, Brähler E. Migration and health - a subject of high priority. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2008; 58: 105-6.

Koch E, Küchenhoff B, Schouler-Ocak M: Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.): *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Elsevier, München 2011; 489-498

Kumbruck C, Derboven W: *Interkulturelles Training. Trainingsmanual zur Förderung interkultureller Kompetenzen in der Arbeit*. 2. Auflage. Springer, Heidelberg, 2009.

Marwaha S, Livingston G. Stigma, racism or choice. Why do depressed ethnic elders avoid psychiatrists? *J Affect Disord* 2002; 72(3):257-65.

Machleidt W, Heinz A (Hrsg): *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Elsevier, München 2011.

Machleidt W. Das gedoppelte Stigma: Psychisch krank und Migrant - Perspektiven der Ethnopsychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg): *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Elsevier, München 2011.

Machleidt W (2006) Die Sonnenberger Leitlinien- Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In: Machleidt W, Salman R, Calliess I T (Hrsg) *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa*. VWB- Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S 21-35

Morina N, Maier T, Schmid Mast M: Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychother Psych Med* 2010; 60: 104-110.

Oesterreich C, Hegemann. Interkulturelle Systemische Therapie und Beratung. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 2010; 11(4): 319-325.

Odawara E. Cultural competency in occupational therapy: beyond a cross-cultural view of practice. *Am J Occup Ther* 2005;59(3):325-34.

Penka S, Krieg S, Hunner C & Heinz A (2003). Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen – Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt* 74(7):581-586.

Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012) Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. In: *Bundesgesundheitsbl* 2012, 55: 1168-1175

Pfeiffer W.M. *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme.* Thieme Verlag, Stuttgart 1994

Razum O, Zeeb H, Schenk L. Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. Migration und Gesundheit. *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 47: A2520-1.

Schomerus G. Obstacles in the way - stigma and help-seeking. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 53-4.

Schouler-Ocak M, Haasen C. Sucht und Migration. *Sucht* 2008; 54: 268-270.

Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Heinz A (2010). Suizidraten u. Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Das Studienkonzept. Prävention* 33(2):62-4.

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A. Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities - A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry* 2008;(23)1:21-7.

Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:111–115.

Statistisches Bundesamt (2011) *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden 2011.*

Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A (2008) Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med* 2008; 58:1-7

Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Brähler E, Senf W. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in Turkish-speaking patients in primary care. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008; 58:155-61.

Tseng, WS & Streltzer J: *Cultural Competence in Clinical Psychiatry.* American psychiatric Publishing, Washington, 2004 .

Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HD. Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):66-73.

WHO. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options : summary report.* Geneva, Switzerland, 2004.

Wohlfart E, Kluge U (2007) Ein interdisziplinärer Theorie- und Praxisdiskurs zu transkulturellen Perspektiven im psychotherapeutischen Raum. In: Fischer C, Grothe J, Zielke B (Hrsg) *Interkulturelle Kommunikation in Psychotherapie und psychosozialer Beratung. Psychotherapie und Sozialwissenschaften- Zeitschrift für qualitative Sozialforschung. Sonderband. 9. Jahrgang, 02/2007.* Psychosozial Verlag, S 83-97.

Zaumseil M (2006) Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. In: Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer Medizinverlag, Heidelberg, S 3-50.

Zeef A, Salman R, Krauth C, Walter U, Machleidt W. Prävention bei Migranten am Beispiel der Sucht. In: Machleidt W, Heinz A (Eds) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München, Elsevier, 2011.

Das Positionspapier der DGPPN zum Thema Migration finden Sie auch zum Download unter www.dgppn.de.

Für den Vorstand der DGPPN

**Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
President Elect DGPPN
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Tel.: 0228 287-15722/-15723
Fax: 0228 287-16097
E-Mail: Wolfgang.Maier@ukb.uni-bonn.de**