1 2004
Februar
März
April
22. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Transkulturelle Psychiatrie II

Um die Qualität in der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten sicher zu stellen, müssen klarere und verbindlichere Richtlinien und Standards entwickelt werden. Fachgesellschaften und Wissenschaftsdisziplinen müssen sich dieser Aufforderung stellen, denn die Praktikerinnen und Praktiker vor Ort können das nicht leisten. Auch der Import westlich-abendländischer Theorien und Therapien in fremde Kulturen mit dem doppelten „cross-over" des nicht-einheimischen Beraters/Therapeuten bedarf ebenso der forschenden Neugier und Aufmerksamkeit wie die Implikationen, die die Kultur eines „Fremden" produziert und sich sowohl in seinem „Krank-Sein" als auch im „Therapiert-Werden" niederschlagen.

3 Editorial
4 Themenschwerpunkt

■ **Suchtverhalten macht auch Migranten zunehmend zu schaffen**
Ausländische Jugendliche heute stark gefährdet
Wolfgang Krahl, Seite 4

■ **Noch unerfahren im Umgang mit der Demokratie**
Die problematische Integration von Migranten aus der GUS
Jurij Novikow, Seite 7

■ **Brücke für institutionalisierte Kontakte**
DTGPP setzt sich für bessere Versorgung türkischer Patienten ein
Meryam Schouler-Ocak und Eckhardt Koch, Seite 9

■ **Bessere Lobby für Psychisch Kranke**
Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie hat festen Platz
Margarete Haaß-Wiesegart und Doris Biedermann, Seite 13

■ **Auf der Suche nach der Kultur**
Klinische und psychosoziale Beratung in Bethlehem/Palästina
Viveca Hazboun und Manuela Ziskoven, Seite 15

■ **Interkultureller Ansatz schafft neue Zugänge**
Ein Jahr Ethnopsychiatrische Ambulanz in der Berliner Charité
Nadja Kassim, Andreas Heinz und Ernestine Wohlfahrt, Seite 18

■ **Verhalten kontextabhängig verstehen**
Systemische Konzepte bewähren sich bei Psychotherapie
Thomas Hegemann, Seite 20

■ **Vielen Patienten droht die Abschiebung in die Heimat**
Ausländerrechtliche Vorgaben bei Straftätern mit wichtiger Rolle
Klaus Hoffmann, Seite 23

20 Spectrum

■ **Von der Schwierigkeit, im Alltag Normalität zu gestalten**
Untersuchung über Zufriedenheit psychisch behinderter Menschen
Sandra Menk und Christian Schrapper, Seite 25

■ **Lebst Du schon – oder wohnst Du noch?**
Integrationsprojekt hilft jungen psychisch kranken Erwachsenen
Martin Baur-Mainka, Seite 28

■ **Psychotherapie auch bei Psychosen**
Fachtagung der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz
Franz-Josef Wagner, Seite 31

■ **Gute Perspektiven für PPQ**
Arbeit des bundesweiten Qualitätszirkels wird fortgesetzt
Jürgen Armbruster, Seite 31

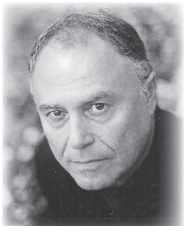
■ **Informationslücke geschlossen**
Rezension eines Arbeitsbuches für Pflegeberufe
Gerd Weskamp, Seite 33

34 Nachrichten

35 Termine

Liebe Leserin,
lieber Leser,

Editorial



im Editorial des letzten Heftes haben wir geschrieben: „Aus der Situation, dass es ‚die' transkulturelle Psychiatrie als strukturell geronnene Disziplin nicht gibt, sind die Modelle der Versorgung noch vielfältig." Dies belegen auch die Beiträge dieser Ausgabe der Kerbe. Es scheint in Zukunft dringend notwendig zu sein, klarere und verbindlichere Richtlinien und Standards, wie sie in den „Sonnenberger Leitlinien" aufgestellt sind, umzusetzen, um die Qualität in der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten zu sichern.

Die einzelnen Beiträge bestätigen die Notwendigkeit einer weitergehenden Forschung auf diesem Gebiet. Fachgesellschaften und Wissenschaftsdisziplinen müssen sich dieser Aufforderung stellen. Es benötigt aber auch den politischen Willen, dies dann in die Praxis umzusetzen.

Auch der Import westlich-abendländischer Theorien und Therapien in fremde Kulturen (Psychotherapie nach China, Psychiatrie nach Palästina) mit dem doppelten „cross-over" des nicht-einheimischen Beraters/Therapeuten bedarf ebenso der forschenden Neugier und Aufmerksamkeit wie die Implikationen, die die Kultur eines „Fremden" produziert und sich in seinem „Krank-Sein" wie „Therapiert-Werden" niederschlagen.

Wir würden es sehr begrüßen, wenn das breite Spektrum der Artikel Anregung zur weiteren Diskussion und Entwicklung bietet – und damit die Kerbe ihrem Anspruch gerecht wird, ein Forum für fachliche Diskussion und Auseinandersetzung zu sein.

Doris Biedermann
Ulrich Müller

Suchtverhalten macht auch Migranten zunehmend zu schaffen

Während die erste Generation weniger Probleme mit Drogen hat als die deutsche Bevölkerung, sind ausländische Jugendliche heute stark gefährdet

Von Wolfgang Krahl

Suchterkrankungen bei Migranten stellen ein zunehmendes Problem dar. Insgesamt nehmen Suchtprobleme zu, auch in den Herkunftsländern der Migranten. So wird zum Beispiel heute in der ehemaligen Sowjetunion – früher für eine massive Alkoholproblematik bekannt – in erschreckendem Maße Heroin intravenös konsumiert. Damit geht ein Anstieg entsprechender Begleiterkrankungen wie Aids, Hepatitis und Tuberkulose einher. Vermutlich gab es weltweit noch nie so viele suchtkranke Menschen wie heute. Waren im Mittelalter die großen Seuchen eine Bedrohung der Menschheit, so haben heute die Süchte diese Rolle übernommen.

Der Gebrauch von psychotropen Substanzen ist so alt wie die Menschheit. Es gibt kaum eine Kultur auf dieser Erde, die den Gebrauch dieser Substanzen nicht kennt. Drogen werden in den verschiedenen Kulturen bei religiösen oder gesellschaftlichen Anlässen konsumiert oder zu Genusszwecken gebraucht. Der gesellschaftlich akzeptierte und geregelte Gebrauch von psychotropen Substanzen, wie z.B. Alkohol, Haschisch oder Tabak führt in traditionellen Gesellschaften nur selten zu einer Suchtentwicklung. Losgelöst aber von Traditionen und eingesetzt zur Stressbewältigung und Stimmungsaufhellung werden aus Genussmitteln leicht Suchtmittel.

Dr. med. Dipl. Psychologe Wolfgang Krahl, Suchtabteilung, BKH Haar bei München, Vockestrasse 72, 85540 Haar

Migranten müssen sowohl den Normen, Werten und Traditionen der Herkunftsgesellschaft als auch denjenigen der Aufnahmegesellschaft gerecht werden. Einsamkeit, Heimweh, berufliche Anspannung, latenter Rassismus und ökonomische Unsicherheit bieten Gründe für einen erhöhten Suchtmittelkonsum. Als suchtprotektive Faktoren gelten enge soziale Bindungen zur Herkunftsgesellschaft, religiöse Gebräuche, Orientierung auf Familie und Zukunft.

Keine soliden epidemologischen Untersuchungen

Zwar erscheint in den letzten Jahren zunehmend Literatur zum Thema: Suchtprobleme bei Migranten, aber solide epidemiologische Untersuchungen über Abhängigkeitserkrankungen bei Migranten liegen nicht vor. Daten, die erhoben wurden, sind fast immer einrichtungsbezogene, z.B. aus Suchtberatungsstellen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Auch wenn es bei Subgruppen von Migranten einen spektakulären Anstieg von Drogenabhängigkeit gibt, bedeutet das nicht, dass Migranten als Gesamtgruppe ein größeres Suchtproblem als die Gesamtbevölkerung haben. Einige Untersuchungen legen nahe, dass auf Grund der kulturellen Besonderheiten das Risiko eher geringer ist.

Eine Münchner Untersuchung von Berufsschülern über ihr Risikoverhalten, ihre Lebenswelt, ihre Belastungen und ihre persönlichen Ressourcen ergab, dass die Migranten (überwiegend türkische Jugendliche) in ihrem Risikoverhalten in vielen Bereichen anteilsmäßig unterhalb dem deutscher Jugendlicher liegen. Sie trinken deutlich weniger und seltener Alkohol als deutsche Jugendliche und nehmen überdies weniger illegale Substanzen zu sich. Allerdings rauchen sie ebenso viel wie die Deutschen. Die Aufenthaltsdauer erweist sich als entscheidender Faktor: In Deutschland geborene und aufgewachsene Jugendliche gleichen sich tendenziell in ihrem Risikoverhalten dem Verhalten der Deutschen an. Migranten der zweiten und dritten Generation sind gefährdeter als jene der ersten Generation und geraten häufiger in einen Wertekonflikt. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit ähnlichen Untersuchungen in den USA und in Australien.

In diesem Artikel möchte ich mich nicht auf illegale Drogen beschränken. Neben Alkohol ist Tabak die weltweit am meisten missbrauchte psychoaktive Substanz. Tabak kann überall in der Welt legal verbraucht werden, obwohl er weitaus mehr Todesfälle verursacht, als alle anderen Suchtmittel zusammen. Im Folgenden wird auf die verschiedenen Substanzen jeweils auch im Hinblick auf Konsummuster und Probleme bei Migranten eingegangen.

Antiraucherprogramme: auch für Migranten!

Tabak gehört nach Ansicht der Weltgesundheitsorganisation zu den gesundheitlich mit am stärksten schädigenden Suchtmitteln. Der Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Morbidität bzw. Mortalität sind seit Jahrzehnten vielfach empirisch belegt und seit Herbst 2003 werden diese Schäden auch auf jeder Zigarettenpackung in fettgedruckter Schrift aufgeführt, allerdings nicht lesbar für Menschen, die der deutschen Schriftsprache nicht mächtig sind.

Epidemiologische Daten in Hinblick auf Tabakkonsum bei Migranten liegen in Deutschland nicht vor. Studien in Australien, Frankreich und den Niederlanden, die auch das Rauchverhalten untersuchten, zeigten einen höheren Konsum von Zigaretten bei Migranten. Durch Tabakabhängigkeit verursachte Frühsterblichkeit fällt nur deshalb noch nicht entspre-

chend auf, da Migranten zur Zeit noch ein jüngeres Durchschnittsalter haben, als die einheimische Bevölkerung. Dies wird sich aber mit dem Älterwerden der Migrantenpopulation ändern. Wegen des hohen Suchtpotentials und der Suchtanbahnung durch Zigaretten spielen primärpräventive Maßnahmen eine wichtige Rolle. Es gilt daher in der Kinder- und Jugendarbeit, Antiraucherprogramme zu entwickeln, die auch Kinder von Migranten mit ihrem besonderen soziokulturellen und sprachlichen Hintergrund erreichen.

Abhängigkeit von Alkohol bei Migranten geringer

Bisherige Untersuchungen weisen darauf hin, dass Migranten unter Alkoholabhängigen eher unterrepräsentiert sind. Mitte der 70-er Jahre gab es eine Reihe von Studien, die sich mit psychiatrischen Erkrankungen bei Migranten beschäftigten. Bei einer Untersuchung in Mannheim zeigte sich, dass sich unter insgesamt 15 491 psychiatrischen Aufnahmen 955 Ausländer (6,2%) befanden. In der damaligen Studie kam man zu dem Schluss, dass auffällige chronische Erkrankungen, auch Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, deutlich seltener als bei der deutschen Bevölkerung war. In dieser Untersuchung wurde darauf hingewiesen, dass diese deutliche Unterrepräsentation von chronischen psychiatrischen Erkrankungen mit der entsprechenden Vorselektion der Migranten zusammenhängt. (alle Arbeitsmigranten wurden noch vor Einreise in die BRD von deutschen Kommissionen in ihrer Heimat untersucht).

Eine zwischen 1975-1982 durchgeführte statistisch-epidemiologische Untersuchung ergab, dass insgesamt 1461 ausländische Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen Niedersachsens aufgenommen wurden. Bei 14% wurde Alkoholismus/ Alkoholpsychose diagnostiziert. Dabei wiesen Jugoslawen eine höhere und Griechen und Türken eine niedere Alkoholismusrate auf. Außerdem zeigte sich, was auch noch heute gilt: bei Männern besteht für eine Alkoholabhängigkeit eine signifikant höhere Krankheitsrate als für Frauen. Besonders auffallend ist dies bei den Migranten aus der Türkei. Während Alkoholabhängigkeit bei türkischen Männern inzwischen häufiger diagnostiziert wird, sind alkoholabhängige türkische Frauen nach wie vor eine ausgesprochene Rarität.

Einen gewissen biologischen Schutzfaktor gegen exzessives Trinken stellt bei einem Teil der Migranten aus Ostasien ein Mangel des Enzyms Alkoholdehydrogenase dar. Schon bei relativ kleinen Alkoholmengen entsteht bei Menschen mit diesem Enzymdefekt ein so genanntes „Acetaldehyd-Syndrom“ das einhergeht mit Rötung des Gesichts, Gesichtsödem, Hitzegefühl, Pulsbeschleunigung, Blutdruckabfall, Schwindelgefühl, Übelkeit und Kopfschmerzen.

Aussiedler beginnen häufiger gleich mit Heroin

In Hinblick auf Opiatabhängigkeit weisen die bisherigen Untersuchungen auf zwei besonders vulnerable Migrantengruppen hin: Junge Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion und junge türkische Männer. Bei den Aussiedlern fällt auf, dass sie seltener mit sogenannten Einstiegsdrogen beginnen, sondern gleich Heroin konsumieren. Sie sind sehr gruppenorientiert, und es besteht eine große Geschlossenheit der Gruppe, in der oft ein Anführer das Sagen hat. Bei Entzugsbehandlungen hat sich häufig gezeigt, dass entweder das „Kollektiv“ erfolgreich ist, oder aber die Behandlung wird gemeinsam vorzeitig abgebrochen. Hinderlich für eine erfolgreiche Behandlung ist auch das Misstrauen gegenüber Ärzten und Pflegepersonal, die aufgrund von Vorerfahrungen in den GUS-Staaten z.T. mit staatlichen Organen gleichgesetzt werden.

Viele Umsiedler sind fest davon überzeugt, allein mit ihren Drogenproblemen klar zu kommen, da sie sich als sehr willensstark einschätzen. Die besonderen Verhaltensweisen dieser Migrantengruppe erklärt sich zum Teil daraus, dass sie als Russlanddeutsche neben der Migration, den kulturellen und sprachlichen Unterschieden noch durch ihre mehrfachen Vertreibungen und Umsiedlungen gekennzeichnet sind. Spätaussiedler kann man insgesamt als eine traumatisierte Gruppe ansehen, bei der das Umfeld immer ausgrenzend war. In der ehemaligen Sowjetunion waren sie „die Faschisten“ und „die Deutschen“, in Deutschland sind sie „die Russen“. Bei den Aussiedlern liegt eine erschreckend hohe Sterblichkeitsrate bei Drogenabhängigen vor. 2001 lag die Zahl der Drogentoten bei 142. Das sind fast 8% der Gesamt-Drogentoten, was deutlich über ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung (ca.2, 5%) liegt.

Türkische Drogenabhängige zeigen einen weit geringeren Verelendungsgrad, als deutsche Drogenabhängige. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sie zum einen später als Deutsche in Abhängigkeit geraten, und dass sie besser in ein soziales und familiäres Umfeld eingebunden sind. Türkische Drogenabhängige stellen den Drogenkonsum meist ein, wenn sie in die Türkei geschickt werden, vermutlich ist es die stärkere soziale Kontrolle als auch Beschaffungsprobleme die wirksam werden. In den meisten Fällen wird der Drogenkonsum nach der Rückkehr wieder aufgenommen. Türkische Drogenabhängige sehen im Therapeuten eine Autoritätsperson und erwarten Entscheidungshilfen.

Schlechte Datenlage bei anderen Substanzen

Über den Cannabiskonsum bei Migranten liegen keine Daten vor. Die Erfahrung mit opiatabhängigen Migranten zeigt, dass in den meisten Fällen zusätzlich ein Cannabisbeigebrauch vorliegt. Abhängigkeit von Tranquilizern wird hauptsächlich bei Frauen festgestellt, wobei es keine relevanten Unterschiede zur deutschen Bevölkerung gibt. Über Amphetamin- und Kokainkonsum bei Migranten gibt es Berichte über zunehmenden Konsum, es gibt aber keine epidemiologischen Untersu-

Einen gewissen biologischen Schutzfaktor gegen exzessives Trinken stellt bei einem Teil der Migranten aus Ostasien ein Mangel des Enzyms Alkoholdehydrogenase dar

Türkische Drogenabhängige zeigen einen weit geringeren Verelendungsgrad, als deutsche Drogenabhängige. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sie zum einen später als Deutsche in Abhängigkeit geraten

chungen. Über den Konsum von „Betel“, das vor allem in Indien und Südostasien konsumiert wird und „Khat“, das seine Verbreitung vor allem in arabischen Ländern hat, gibt es keine Datenlage – weder bei Migranten noch bei der deutschen Bevölkerung.

Präventive Maßnahmen spielen eine geringe Rolle

Zum jetzigen Zeitpunkt spielen präventive Maßnahmen in der Umsetzung eine untergeordnete Rolle. Unter Fachleuten ist die Wichtigkeit von Prävention unumstritten. Bei Migranten müssen für präventive und therapeutische Programme die unterschiedlichen konzeptuellen Vorstellungen berücksichtigt werden. Eine neuere Studie, die unterschiedliche Erklärungsmodelle im Hinblick auf psychoaktive Substanzen bei deutschen und türkischen Jugendlichen untersuchte, kam zu folgenden Ergebnissen: Bei Substanzabhängigkeit unterschieden deutsche Jugendliche zwischen illegalen Drogen sowie Alkohol und Nikotin, nicht aber die türkischen. Ein Großteil der türkischen Jugendlichen fand schulmedizinische Begriffe, wie das Konzept der körperlichen Abhängigkeit, oder Kontrollminderung ungeeignet, um die Suchtproblematik zu beschreiben. Weder deutsche noch türkische Jugendliche sahen religiöse Vertreter als geeignete Ansprechpartner bei Suchtproblemen an. Bei türkischen Jugendlichen zeigte sich häufig die Überzeugung, von Suchtmitteln auch ohne Hilfe wegzukommen, verbunden mit einem Gefühl der Kontrollfähigkeit im Umgang mit Suchtmitteln. Migranten finden bisher nur einen eingeschränkten Zugang zum Suchthilfesystem, was auf kulturelle, sprachliche und soziale Barrieren hinweist.

Den Zugang zum Hilfesystem fördern

Um den Zugang der Migranten zum Suchthilfesystem zu fördern; sind nach Tuna unter anderem die nachfolgenden Schritte erforderlich:

- Sensibilisierung und Aufklärung der Migrantenpopulation,
- Enttabuisierung des Drogenthemas unter Migranten,
- die Akzeptanz bei Migranten gegenüber dem Suchthilfesystem vergrößern,
- Ängste abbauen und Eigenverantwortlichkeit thematisieren.

Wenngleich es zum jetzigen Zeitpunkt auch noch spezieller, migrantenspezifischer Einrichtungen bedarf (von denen es allerdings nur sehr wenige gibt), so ist zu fordern, dass bestehende Suchberatungs- und Behandlungsstellen interkulturelle Sensibilität und migrantenspezifische Angebote in ihren Diensten entwickeln. Nur damit kann eine flächendeckende, gemeindenahe, regelhafte und qualitativ ansprechende suchttherapeutische Versorgung gewährleistet werden. In der Praxis bedeutet das, dass Suchtberatungsstellen bemüht sein müssen, für ihre Teams auch Mitarbeiter mit einem anderen kulturellen und sprachlichen Hintergrund zu gewinnen. Multiethnische und multilinguale Teams bieten dann in besonderer Weise die Chance, bedarfsorientierte Angebote für Migrantengruppen zu entwickeln. Es steht außer Zweifel, dass Suchterkrankungen keine transienten, unwichtigen, trivialen oder irrelevanten Gesundheitsangelegenheiten sind, sondern für die Patienten und deren Angehörigen und letztendlich auch für die Gesamtgesellschaft mit hohen Kosten und Leiden verbunden sind. Dabei ist es dann gleich, ob es sich um die deutsche Bevölkerung oder um Migranten handelt.

Abstract

Suchterkrankungen steigen insgesamt an, davon sind Migranten nicht ausgenommen. Dabei stellen nicht illegale Drogen das größte Problem dar. Vielmehr verursachen die legalen „Drogen“ Nikotin und Alkohol die größten gesundheitlichen, psychischen und sozialen Schäden. Zwar fehlen solide epidemiologische Daten, aber kasuistische und nichtrepräsentative Untersuchungen zeigen Trends an. Die erste Generation von Migranten scheint weniger Suchtprobleme zu haben als die deutsche Bevölkerung. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer und in den folgenden Generationen gleicht sich das Prävalenzmuster der deutschen Bevölkerung an. Bei Migranten zeigen sich kulturell bedingte Erklärungsmodelle für Suchterkrankungen, die bei präventiven und therapeutischen Programmen berücksichtigt werden müssen. Bisher ist der Zugang zum Suchthilfesystem für Migranten begrenzt. Um dies zu ändern, gilt es, interkulturelle Sensibilität und migrantenspezifische Angebote in Suchtberatungsstellen weiter zu entwickeln.

Zum jetzigen Zeitpunkt spielen präventive Maßnahmen in der Umsetzung eine untergeordnete Rolle. Unter Fachleuten ist die Wichtigkeit von Prävention unumstritten

Literatur

DHS: Jahrbuch Sucht 2003, Neuland Verlag, Geesthacht 2003

HEGEMANN T., SALMAN R.: Transkulturelle Psychiatrie, Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Psychiatrie Verlag, Bonn 2001

LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEIT IN BAYERN: Sucht und Migration, Suchtprävention und –arbeit mit Menschen aus der GUS, München 2002

SALMAN R., TUNA S:, LESSING A.: Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Psychosozial Verlag, Giessen1999

Das Wissen
der Beteiligten nutzen

Soziale Aufgaben
gemeinsam bewältigen

Hilfe zur Selbsthilfe

transfer
unternehmen für
soziale innovation

Individuelle Hilfeplanung in der psychiatrischen Versorgung

· für Ihre Versorgungsregion
Einrichtungs- und träger-übergreifende Workshops zur Implementierung

· für Ihre Einrichtung
· hausinterne Schulungen
· hausinterne Schulungen mit Praxisbegleitung
· Ausbildung von Multiplikatoren

transfer–unternehmen für soziale innovation
Thomas Schmitt–Schäfer

Grabenstraße 21, 54516 Wittlich
Fon: 06571·96343 · Fax: 06571·96345
mail@transfer–net.de

www.transfer–net.de

Noch unerfahren im Umgang mit der Demokratie

Migranten aus der GUS: Probleme der Integration und der psychiatrischen Behandlung

Von Jurij Novikov

Die russischsprachigen Zuwanderer aus der Gemeinschaft der Unabhängigen Staaten kommen aus einer geopolitischen Region, die die Entwicklung zu einer demokratischen Gesellschaft noch nicht abgeschlossen hat. Einzelne frühere Republiken der ehemaligen UdSSR sind die sogenannten Transitionsländer. Die Zuwanderer aus diesem geopolitischen Raum bringen bei der Einreise nach Deutschland Unerfahrenheit im Umgang mit der Demokratie mit, und sie verfügen nur über eine naive Vorstellung hinsichtlich der sozialen marktwirtschaftlichen Ordnung.

Im Jahre 2001 sind etwa 100.000 Spätaussiedler deutscher Herkunft, etwa 20.000 jüdische Kontingent-Flüchtlinge und einige tausend Schutzsuchende aus einzelnen ex-sowjetischen Republiken nach Deutschland eingereist. Die Aufgabe, die alte Identität zu erhalten und eine neue Identität als zugereister Migrant aufzubauen, erfordert eine große seelische Anstrengung. Der Einfluss der früheren bzw. der primären Sozialisation „reist" mit ein in das neue Zuhause und transferiert sich durch die Generationen nach einem entsprechenden Einleben in der sogenannten neuen Heimat. Ein derartiger Prozess wird als eine Art dritte Individuation (Kindheit, Adoleszenz, Migration) gesehen. Verschiedene Vorerfahrungen, das erworbene, andere Bewusstsein des Herkunftslandes können nicht ohne weiteres abgelegt werden. Unterschiedliche psychologische Faktoren spielen eine Rolle; z.B. ein im russischen Sprachraum vorhandenes mutterdominantes Urmodell einer archaischen, symbiotischen Osmose zwischen dem Einzelnen und dem Kollektiven. Frühere „Paria"-Erfahrung einzelner Ethnien und Religionsgemeinschaften, vorbelastet auch durch die Deportationen bzw. durch die selbstinitiierten inländischen Flucht-Taten, stellen eine ungünstige Voraussetzung für den Neubeginn des gewählten oder des erzwungenen Daseins in der Aufnahme-Gesellschaft dar. Die durch den Totalitarismus der ehemaligen sowjetischen Gesellschaft und durch die Entchristianisierung geprägte Vergangenheit endet nie.

Die neue Welt ist zuerst einmal undurchschaubar

Die russischsprachigen Zuwanderer kommen mit dem Bewusstsein des postkommunistischen Herkunftslandes in die neue deutsche Welt, die von mehreren als eine undurchschaubare Welt kennen gelernt wird. Man begegnet den Migranten, die – im Vertrauen auf die Tragfähigkeit der Wirtlichkeit und vor allem auf ihre eigenen Fertigkeiten – ohne Angst sind. Doch dürften diese Migranten eher selten sein, und zwar aus folgendem Grund: Damit die Welt für den Menschen heimisch und bewohnbar ist, muss er sie aktiv gestalten können. Der einzelne Migrant muss also die Hoffnung haben, dass er in der Welt mit einiger Aussicht auf Erfolg zielstrebig handeln kann. Gerade diese Hoffnung aber fehlt dem großen Teil der Migranten. Die heute in den modernen Demokratien, inklusive Deutschland, besonders gefragte soziale Kompetenz besteht aus: Mobilität, Flexibilität, Belastbarkeit und Wendigkeit. Grundsätzlich kann jeder einzelne und nicht nur der Zugewanderte immer weniger wissen, was er heute tun muss, wenn er morgen dies oder jenes erreichen will. So entsteht für den Migranten die Notwendigkeit, sich doppelt so stark um die Anpassung zu bemühen. Er muss sich an die neue Gesellschaftsstruktur adaptieren, die sich selbst dauernd um die Anpassung bemüht.

Schwierige Integration in demokratischen Staat

Die Autonomie eines Individuums ist ein Ziel demokratischer Gesellschaftsordnungen. Wer jedoch bereits als Person in einer totalitären Staatsstruktur groß geworden ist, dem fällt die Emanzipation von einer derartigen paternalistischen Gemeindekultur schwer. Erlangt ein totalitär sozialisierter Mensch durch die Einreise in eine anderes Land eines Tages die „Freiheit", so wird er Schwierigkeiten haben mit der unvorbereiteten Freilassung aus der totalitären bzw. posttotalitären Gesellschaft, und die Integration in einem demokratischen Staat gestaltet sich schwierig. Der Weg dieser Zuwanderer zu mehr Autonomie und mehr Mut, Fragen zu stellen und Antworten zu suchen, hängt davon ab, ob sie mit ihrem Wunsch nach Ablösung alleine gelassen werden, oder ob sie ihre Energie mit einheimischen deutschen Mitmenschen bündeln können. Unterstützende Angebote bei diesen Prozessen in die neue, noch nicht heimisch gewordene Welt können Migranten helfen, sich schneller zu integrieren.

Für die russischsprachige Bevölkerung aus der GUS werden zurzeit folgende Auswanderungsgründe unterschieden:

- Nachgewiesene deutsche Abstammung (sogenannte Spätaussiedler),
- jüdische Abstammung (sogenannte Kontingent-Flüchtlinge),
- Kriege bzw. militärische Interventionen auf dem Gebiet der GUS.

Sicherlich spielt die wirtschaftliche Lage in den postkummunistischen Gesellschaftsstrukturen

Dr. med. Jurij Novikov, Klinikum Nord, Betriebsteil Ochzenzoll, III. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg, Tel: 040-5271- 2412, Fax: 040-5271-1751

Armenische Zuwanderer fühlten sich zum Teil nach einer längeren Zeit des ungesicherten Aufenthaltes in Deutschland desindividualisiert und betrachteten sich als Menschen „Des-anders-geworden-Seins"

inklusive nicht ausreichender medizinischer Versorgung auch eine Rolle bei der Auswanderung. Hilfreich für die Analyse der psychologischen, sozialen und zum Teil gesundheitlichen Prozesse der Integration der Zuwanderer in dem aufgesuchten Land sind die Betrachtungen von SLUZKI (2001). Am Beispiel der einzelnen Gruppen der Zuwanderer aus der GUS kann die Bedeutung der SLUZKI-Vorstellungen illustriert werden.

Deutschland von armenischen Migranten idealisiert

Eine Gruppe der Migranten besteht aus armenischen Flüchtlingen. In Berg-Karabach stellten die armenischen Bürger jahrzehntelang eine Minderheit in der Aserbaidschanischen Sowjetischen Republik dar. Sie waren dort ansässig, unterhielten langjährige Bindungen zu dieser Republik, wiesen jedoch andere ethnische, kulturelle, religiöse (christliche versus islamische) und sprachliche Merkmale auf. Der bürgerkriegsähnliche Zustand in der Region Berg-Karabach hielt viele Jahre an, und nach wie vor ist die Befriedung der Verhältnisse in dieser Gegend nicht abgeschlossen. Bei den armenischen Migranten ist davon auszugehen, dass eine staatliche und nicht staatliche Verfolgung stattfand, wodurch ein mehrfaches „Hinausweh" vor der Flucht in sichere Aufnahmestaaten vorlag. Bei der Mehrzahl der armenischen Migranten besteht der soziale Raum des Überganges aus der Herkunftsgesellschaft in die Aufnahmegesellschaft aus vielen Jahren und aus den sogenannten inländischen Fluchtversuchen innerhalb der GUS. Deutschland wird vorwiegend von den armenischen Migranten primär idealisiert. Die Migranten mit schweren seelischen Traumata erwiesen sich als diejenigen, die zu einer sekundären Negativ-Wertung der deutschen Aufnahmegesellschaft tendierten, insbesondere aufgrund der nachvollziehbaren Probleme im Bereich der Bestimmungen durch das Ausländerrecht. Diese vorausgegangene Traumatisierung wird durch die weiteren sozialen Unsicherheiten in der Aufnahmegesellschaft im Sinne der erneuten sequenziellen Psychogenien verstärkt.

Zurzeit sind in der Bundesrepublik Deutschland etwa zwei Millionen Spätaussiedler mit sogenannter deutscher Abstammung ansässig. Nur 50 % der Spätaussiedler sind jedoch der deutschen Sprache mächtig

Armenische Zuwanderer fühlten sich zum Teil nach einer längeren Zeit des ungesicherten Aufenthaltes in Deutschland desindividualisiert und betrachteten sich als Menschen „Des-anders-geworden-Seins"; differentialdiagnostische Probleme im Sinne der Abgrenzung dieser subjektiven Empfindungen gegenüber den andauernden Persönlichkeitsänderungen als Folge der extremen Belastungen nach einer posttraumatischen Belastungsstörung sind evident. Anzumerken ist auch, dass die jüngere Generation der armenischen Flüchtlinge nur einer Sprache, und zwar der Muttersprache mächtig ist.

Lernen, ohne Bevormundung zurecht zu kommen

Die Motive der jüdischen Kontingent-Flüchtlinge für Einwanderung nach Deutschland sind befürchtete Pogrome, die nichtstaatliche Verfolgung. Im sozialen Raum des Überganges von mittelfristiger Dauer (in der Regel zwei bis drei Jahre) nach der Feststellung „Hier-kein-Leben-möglich", einer festen Vorstellung über das „Dort-ein-Leben-möglich" (in Deutschland) besteht bei den jüdischen Migranten eine primäre, durchaus reale Wertung der deutschen Gesellschaft mit sekundärer Idealisierung insbesondere durch die junge Generation der Eingewanderten. Wie die Betreuung der ambulanten jüdischen psychisch gestörten Flüchtlinge zeigte, führt die unmittelbare Konfrontation mit der deutschen Gesellschaft nach der Einreise bei einem Teil von ihnen zu einer sekundären Negativ-Wertung der Aufnahmegesellschaft.

Dies konnte besonders unter den älteren Zuwanderern beobachtet werden. Auffällig ist eine durchaus verbreitete Unselbständigkeit unter diesen Patienten, die mühsam in Deutschland lernen mussten, sich in der Aufnahmegesellschaft zurechtzufinden, wo niemand sie bevormundete, und der Staat ihnen stattdessen die Initiative überlässt.

Sprachbarriere wirft immer wieder Probleme auf

Weitere Besonderheiten dieser Gruppe der russischsprachigen Zuwanderer waren folgende: Immer wieder erwies sich die Sprachbarriere als besonders problematisch; dysthyme Störungen, dysphorische Zustände, sensitive Beziehungsideen waren in der Population der älteren jüdischen Kontingent-Flüchtlinge oft feststellbar; bemerkenswert ist auch die Beobachtung, dass die sogenannten rechtspopulistischen Vorstellungen in der deutschen Gesellschaft von den jüdischen Kontingent-Flüchtlingen kaum wahrgenommen werden. Für einige jüdische Kontingent-Flüchtlinge ist jedoch bedrückend – so die Äußerung der ambulanten Patienten aus dieser Gruppe – die Tatsache, das über 50 % der deutschen Einheimischen der Meinung sind: „es leben zu viele Ausländer in Deutschland" („Die Zeit, 2002"). Insbesondere akademisch ausgebildete jüdische Zuwanderer aus der GUS ertragen nur schwer die Feststellung, dass die Chance der zweiten Sozialgeburt mit großen eigenen Anstrengungen verbunden ist.

Zurzeit sind in der Bundesrepublik Deutschland etwa zwei Millionen Spätaussiedler mit sogenannter deutscher Abstammung ansässig. Nur 50 % der Spätaussiedler sind jedoch der deutschen Sprache mächtig. Multiethnische Familienverbände sind in der Gruppe der Spätaussiedler regelhaft. Es ist notwendig, diese realen Faktoren zu berücksichtigen, wenn man die Prozesse der Integration der Spätaussiedler in Deutschland bewältigen will. Spätaussiedler verlassen die Herkunftsgesellschaft GUS mit der Feststellung, „Hier-kein-Leben-gewünscht" und mit der Vorstellung, dass „Dort-in-Deutschland-ein-Leben-möglich" ist. Die primäre Idealisierung der Aufnahmegesellschaft durch die ältere Generation der Spätaussiedler wird zum größten Teil beibehalten, die jüngere Generation, so die Befragung der ambulanten Patienten, kommt zum größten Teil mit ihrer primären Negativ-Wertung der Aufnahmegesellschaft, die als Verursachung auch für die des

öfteren anzutreffende dissoziale Entwicklung und Suchterkrankungen zu sehen ist.

Negative Bewertung der neuen Heimat erschwert Anpassung

Die sekundäre Negativ-Wertung der aufgefundenen neuen Heimat entwickeln vorwiegend Erwachsene und teilweise die Vertreter der älteren Generation nachdem sie festgestellt haben, wie groß die Anpassungsprobleme an die neue Aufnahmegesellschaft sind. Anhaltende depressive Verstimmungen, dysthyme Störungen, regelrechte Anpassungsstörungen mit emotionalen Störungen (Angststörung, z. B.) und Störungen des Sozialverhaltens wurden in dieser Gruppe der ambulanten Patienten diagnostiziert. Laut der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, Marieluise Beck (2002) liegt „vor uns ein Jahrzehnt der Integration der Migranten". Die Vorstellung über die Integration dieser Zuwanderer ist noch nicht konsistent. Beispiele dafür sind nicht überall finanzierte obligate Deutschkurse für die ausländischen Sozialhilfeempfänger, Unsicherheiten in der Zurverfügungstellung medizinischer Hilfe. Der Prozess der Integration der Integrationsmaßnahmen in die deutsche Gesellschaft ist noch nicht abgeschlossen.

Die oben genannten Merkmale des sogenannten Prä-Emigrationslebens in der Herkunftsgesellschaft sind an einem adaptiven und maladaptiven Integrationsprozess beteiligt. Dringend erforderlich sind die Programme, um effiziente Praktiken, die eine Integration der Zuwanderer insgesamt und russisch-sprachigen Migranten im einzelnen ermöglichen, herauszufinden. Prospektive sozial-epidemiologische, sozialpsychologische, psychiatrisch-psychotherapeutische Studien unter Berücksichtigung der Heterogenität der russischsprachigen Migranten sind erforderlich. Ungünstig für die Prozesse der Integration sind sicherlich die Einschränkungen bei den Integrationshilfen. Das Risiko zu einer wirtschaftlichen und sozialen Ausgrenzung der russischsprachigen Migranten ist in diesem Zusammenhang auch zu befürchten. Verstärkt wird diese Gefahr durch die zunehmenden Erfahrungen der Fremdheit, der Distanz, bis zur Ablehnung durch die Einheimischen (Holzmüller, 2002).
Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
(Referat für transkulturelle Psychiatrie), die Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V., die Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, das Ethnomedizinische Zentrum e. V. , Hannover, haben im Herbst 2002 die „12 Sonnenberger Leitlinien" verabschiedet (siehe Kerbe 4/2003). Zweifelsohne können und sollten diese Leitlinien als Grundlage für die Betreuung der russischsprachigen Zuwanderer unabhängig von der Entstehung der Motivation zur Einreise nach Deutschland benutzt werden.
Die Gesellschaft kann erst dann als human und zivil gelten, wenn von einem Festhalten an der nur eigenen Sozialität und Kultur abgesehen wird, man von einem kulturellen Egozentrismus frei bleibt – und wenn man die Kenntnis des Fremden fördert (Sensitivity-Training), um dann diesem Fremden gegenüber die notwendige Offenheit und Toleranz ausüben zu können.

Literatur

Sluzki CE 2001: Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, 101-115. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Holzmüller H (2002), Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern, 67 und 93-94. Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin.

Machleidt W. (2002) Die12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. In: „Nervenarzt", 73: 1208-1212.

Eine Brücke für institutionalisierte Kontakte zweier Länder

Psychiatrie und Migration: Die DTGPP setzt sich für eine bessere Versorgung psychiatrisch behandelter türkischer Patienten ein

Von Meryam Schouler-Ocak und Eckhardt Koch

Die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V. (DTGPP) wurde nach dem 1. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongress im November 1994 in Marburg gegründet. Sie bildet als Fachgesellschaft eine institutionalisierte Verbindung zwischen der Deutschen und der Türkischen Psychiatrie und setzt sich insbesondere für die Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Patienten aus anderen Kulturen sowie die Intensivierung der Beziehungen zur Psychiatrie in der Türkei ein. Dieser Beitrag beschäftigt sich vornehmlich mit den bisherigen Aktivitäten, der DTGPP und gibt einen Ausblick auf anstehende Themen.

Seit dem Jahr 1960 wanderten ungefähr 30 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund nach Deutschland ein. Zur gleichen Zeit verließen über 21 Millionen Menschen Deutschland. Ende 2001 wurden insgesamt 7,32 Millionen Migranten in Deutschland regis-triert. Dies entspricht einem Anteil von knapp 9% der

Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Institutsambulanz, Goslarsche Landstr. 60, 31135 Hildesheim

Dr. med. Eckhardt Koch, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd, Cappeler Str. 98, 35039 Marburg

Trotz dieser großen Zahl von Menschen, die eine Migration – und die damit verbundenen Belastungen – bewältigen mussten und zum Teil sehr unterschiedliche Konzepte von Krankheit mitbrachten, richtete sich das Gesundheitswesen nur unzureichend auf diese neue Situation ein

Gesamtbevölkerung. Aus der Türkei stammende Migranten bildeten Ende 2001 nach wie vor die größte Gruppe der ausländischen Wohnbevölkerung mit 2 Millionen (27,4 %), gefolgt von Staatsangehörigen der Bundesrepublik Jugoslawien mit 662 500 (9,1%), Italienern mit 619 060 (8,5%), Griechen mit 365 438 (5,0%). Neben den genannten Migranten sind noch die Spätaussiedler zu nennen. Während der vergangenen zehn Jahre sind mehr als 2,5 Millionen Aussiedler aus Osteuropa und den asiatischen Staaten der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland gekommen.

Sehr unterschiedliche Konzepte von Krankheit

Trotz dieser großen Zahl von Menschen, die eine Migration – und die damit verbundenen Belastungen – bewältigen mussten und zum Teil sehr unterschiedliche Konzepte von Krankheit mitbrachten, richtete sich das Gesundheitswesen nur unzureichend auf diese neue Situation ein. Vor dem Hintergrund der großen kulturellen Vielfalt bestehen neben einer teilweise erheblichen Sprachbarriere kulturell geprägte Erklärungsmodelle im Hinblick auf Entstehung, Verlauf und Behandlung seelischer Erkrankungen nebeneinander her. Riedesser stellte bereits 1975 fest, dass fast alle damaligen Mängel der deutschen Psychiatrie – festgestellt durch die Psychiatrie-Enquete – auch und in besonderem Maße bei Migranten in diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Aspekten zutrafen. Seiner Forderung nach mehr Studien zu psychopathologischen und sozialen Folgen der Arbeitsmigration wurde nur in vereinzelten Forschungsprojekten nachgegangen.

Durch die Gründung der DTGPP wurde eine Brücke für institutionalisierte Kontakte zwischen psychiatrischen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften und Institutionen beider Länder gebildet

Von diesen seien die prospektiv-epidemiologische Untersuchung von Özek (1977) über psychische Reaktionen türkischer „Gastarbeiter“ auf die Erfahrung der Migration sowie die sozialpsychiatrischen Studien von Koptagel-Ilal über die Situation türkischer Frauen und Jugendlicher hervorgehoben. Auch sind die Beobachtungen von Ete (1977) und Eser (1984) über das Krankheitsverhalten türkischer Patienten zu nennen; von deutscher Seite verdienen u.a. die psychoanalytischen Untersuchungen von Leyer (1991), die Arbeiten von Röder (1987) sowie die Veröffentlichungen von Collatz Beachtung. Ein wichtiger Lehrbuchbeitrag stammt von Böker aus dem Jahre 1975. Doch handelte es sich bei solchen wissenschaftlichen Untersuchungen um sporadische Einzelaktivitäten, meist befristete Forschungsprojekte, die untereinander nicht koordiniert waren und damit einer Breitenwirkung entbehrten. Darüber hinaus stellten Zeiler und Zarifoglu bei einer Untersuchung 1994 fest, dass bei türkischen Arbeitsmigranten bei zunehmender Fremdenfeindlichkeit in Deutschland ein Anstieg an Gesundheitsproblemen zu verzeichnen war. Koordinierte Forschung bestand aber nicht – insgesamt also eine sehr unbefriedigende Lage, als der erste Deutsch-Türkische Psychiatriekongress im April 1994 stattfand.

Die DTGPP wird gegründet

In dieser Situation fand im April 1994 der erste Türkisch-Deutsche Psychiatriekongress in Antalya statt, der von einer Vorbereitungsgruppe bestehend aus Prof. Metin Özek (Istanbul), Dr. Hüseyin Okur, Ramazan Salman, Dr. Jürgen Collatz (Hannover), Prof. Wolfgang M. Pfeiffer (Erlangen) und Dr. Eckhardt Koch (Marburg) zu der Thematik „Psychologie und Pathologie der Migration und des Kulturwandels“ organisiert wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt bestanden nur vereinzelte Kontakte türkischer und deutscher Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen.

Veranstalter waren die Türkische Gesellschaft für Neuropsychiatrie, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die Klinik für Psychiatrie der Universität Istanbul, das Psychiatrische Krankenhaus Marburg des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover. Referenten und Teilnehmer aus der Türkei und den deutschsprachigen Ländern, die das Tagungsthema interdisziplinär diskutierten, sorgten für einen fruchtbaren Austausch. Der Kongress war eine Art Initialzündung, verstärkt und in einem fruchtbaren Diskurs Konzepte zur psychosozialen Versorgung von Arbeitsmigranten im deutschen Sprachraum zu entwickeln und eine interdisziplinäre Vernetzung von Einzelpersonen und Institutionen mit Interesse an migrationsspezifischen Fragen aufzubauen.

Dazu wurden beschlossen:

- Gründung einer Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit,
- Fortsetzung der Kooperation in Arbeitskreisen, die bereits während des Kongresses initiiert wurden (u.a. muttersprachliche Psychotherapeuten, Migrantenversorgung im öffentlichen Dienst, Hilfe bei der Remigration, psychologisch-psychiatrisches Wörterbuch, Gutachtenfragen), und
- regelmäßige Folgekongresse mit interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Bereits im November 1994 wurde in Marburg die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP) gegründet. Sie macht sich insbesondere zur Aufgabe:

- Unterstützung und Anregung von Forschung und Lehre, die sich mit der Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Migranten, Remigranten und deren Angehöriger in der Türkei und in deutschsprachigen Ländern befasst,
- Anregung der gezielten Verbesserung der psychosozialen Versorgung sowohl in der Türkei als auch in der Bundesrepublik Deutschland u.a. auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Rehabilitation sowie des Schulwesens, der Jugendarbeit und Altersversorgung,
- Anregung zu einer Gesetzgebung, die die Belange von Migranten und Remigranten sowie das Zusammenleben mit der einheimischen Bevölkerung verbessert.

Durch die Gründung der DTGPP wurde eine Brücke für institutionalisierte Kontakte zwischen

psychiatrischen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften und Institutionen beider Länder gebildet.

Aktivitäten und Anregungen der DTGPP

Noch während des ersten Türkisch- Deutschen Psychiatriekongresses wurde der Arbeitskreis türkischprachiger Psychotherapeuten (AKTPT) gegründet, der zwischenzeitlich ungefähr 200 Mitglieder im deutschsprachigen Raum zählt. Der AKTPT ist über regionale Koordinierungsgruppen organisiert und vernetzt. Eine Besonderheit bilden die seit der Gründung regelmäßig veranstalteten Fachtagungen, die jährlich bundesweit bilingual (deutsch-türkisch) zu bestimmten Themen mit Referenten aus dem eigenen Kreis ausgerichtet werden. Die nächste Fachtagung ist vom 2. bis 4. April 2004 in Bensberg geplant. Es handelt sich dabei bereits um die zehnte Tagung dieser Art. Weitere Informationen zu dieser Fachtagung und zu dem AKTPT sind im Internet erhältlich über www.aktpt.de. Auch eine Liste entsprechender Therapeuten steht dort zur Verfügung. Zahlreiche Mitglieder der DTGPP sind auch in dem AKTPT engagiert.

Auch der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, in dem auch Mitglieder der DTGPP mitwirken, konstituierte sich während des Antalya-Kongresses 1994. Der regelmäßig erscheinende Infodienst informiert über die Aktivitäten. Die Internet-Adresse lautet www.infodienst.bzga.de

Im März 1996 tagte in Istanbul der zweite Türkisch-Deutsche Psychiatriekongress und beschäftigte sich mit „Integration und Krankheit – Wege und Irrwege der Migration“. Die gemeinsame Schirmherrschaft des Staatspräsidenten der Republik Türkei, Süleyman Demirel und des Bundespräsidenten der Bundesrepublik Deutschland, Roman Herzog, war ein Hinweis darauf, dass die Politik die Bedeutung der Thematik erfasst hatte. Wieder konnten interdisziplinär interessierte Fachleute aus der Türkei, Frankreich, Italien, der Schweiz, Österreich und Deutschland zur Teilnahme an diesem mit über 400 Teilnehmern sehr erfolgreichen Kongress mobilisiert werden.

Interdisziplinäre Tradition

Erstmals wurde im September 1998 in Deutschland der dritte Deutsch-Türkische Psychiatriekongress in Berlin veranstaltet. Die Thematik lautete „Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft“. Die interdisziplinäre Tradition wurde fortgesetzt. Auch diesmal brachten sich Fachleute aus der psychosozialen Versorgung aus Deutschland, der Türkei, der Schweiz, Österreich, Italien, Großbritannien und Tschechien ein. Am Beispiel der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund wurden stellvertretend auch für andere Minderheiten erhebliche diagnostische und therapeutische Defizite, insbesondere Probleme in der sprachlichen Verständigung und mangelnde interkulturelle Kompetenz in den Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens festgestellt.

Der nachfolgende Kongress wurde wieder in Antalya im September 2000 in einem kleineren Rahmen zu der Thematik „Persönlichkeit und Migration“ organisiert. Fortlaufende Arbeitsgruppen zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch sowie zur Erarbeitung bzw. Überarbeitung bestehender Konzepte bildeten die Grundlage für effektive Diskussionen und waren Anregung für neue Initiativen. Die wesentlichen Beiträge der ersten drei Kongresse wurden jeweils in einem Kongressbuch in der Schriftenreihe der DTGPP beim Lambertus-Verlag veröffentlicht (Koch et al.1995, 1998 und 2000).

Des Weiteren beteiligte sich die DTGPP als Mitveranstalter an der Konzeption der Hannoveraner Fachtagungen zur transkulturellen Begutachtung. Es wurden bereits vier Veranstaltungen mit großer Resonanz durchgeführt:

- transkulturelle Begutachtung - Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland“,
- „Begutachtung im interkulturellen Feld - zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland“,
- „Migration, Integration und Gesundheit, Aktuelle Aspekte der Problemlage“,
- „migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik“.

Zudem unterhält die DTGPP zum Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) enge Kontakte. Es bestehen zahlreiche Doppelmitgliedschaften und persönliche Bekanntschaften. Das Symposium „Transkulturelle Psychiatrie“ bei den DGPPN-Kongressen 2000 (Aachen) und 2001 (Berlin) wurde gemeinsam organisiert und veranstaltet.

Kultursensible Konzepte und Modelle vorgestellt

Zusammen mit dem Referat Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN war die DTGPP als Mitveranstalter der internationalen Fachtagung im November 2002 in St. Andreasberg / Oberharz zu der Thematik „Wie können Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme integriert werden?“ aktiv. Weitere Veranstalter waren das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Während dieser Tagung befassten sich wichtige internationale Vertreter der Transkulturellen Psychiatrie aus mehreren europäischen Ländern gemeinsam mit der Thematik der Integration von ethnischen Minderheiten in das psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungssystem. Es wurden kultursensible Konzepte und Modelle vorgestellt, therapeutische Strategien entwickelt und die Etablierung kulturspezifischer Aspekte in die Versorgungspraxis diskutiert. Mit der Verabschiedung der 12. Sonnenberger Leitlinien wurde die Tagung abgeschlossen.

Noch während des ersten Türkisch- Deutschen Psychiatriekongresses wurde der Arbeitskreis türkischprachiger Psychotherapeuten (AKTPT) gegründet, der zwischenzeitlich ungefähr 200 Mitglieder im deutschsprachigen Raum zählt

Im März 1996 tagte in Istanbul der zweite Türkisch-Deutsche Psychiatriekongress und beschäftigte sich mit „Integration und Krankheit – Wege und Irrwege der Migration“

Als Türkisch-Deutsche Fachgesellschaft ist die DTGPP auch in der psychiatrischen Landschaft der Türkei aufgetreten. Sie hat sich an zahlreichen Kongressen, Tagungen und Symposien beteiligt

Der fünfte Deutsch-Türkische Psychiatriekongress in Essen (September 2003) befasste sich mit der Thematik „Ver-rückte Grenzen: Interkulturelle Begegnungen". Tagesthemen zu den Bereichen Familie, Therapeutische Beziehung und Versorgungsfragen, Liebe und Sexualität setzten Schwerpunkte. Renommierte Psychiater und Psychotherapeuten aus der Türkei sprachen als Hauptredner neben bekannten deutschen Referenten. Ein international besetztes englischsprachiges Satellitensymposium im Anschluss an den Kongress schlug zugleich auch die Brücke zu anderen europäischen Ländern.

Als Türkisch-Deutsche Fachgesellschaft ist die DTGPP auch in der psychiatrischen Landschaft der Türkei aufgetreten. Sie hat sich an zahlreichen Kongressen, Tagungen und Symposien beteiligt. Zu der Thematik „Schizophrenie: Neue Aspekte zu Diagnostik und Behandlung" hat die DTGPP erstmals in der Türkei ein Symposium in Kooperation mit der Marmara Universität, Abteilung Psychiatrie, veranstaltet.

Wer Mitglied ist in der DTGPP

Eine Mitgliederanalyse Ende 2001 ergab im deutschsprachigen Raum 162 Mitglieder, davon in Deutschland 155, in der Schweiz fünf und in Österreich zwei. Hiervon sind 72 türkischer Herkunft und bilingual, 90 sind deutschstämmig, nur wenige von ihnen sprechen türkisch. Die größte Gruppe sind Nervenärzte mit insgesamt 60, gefolgt von Psychologen mit 41 Personen. Bei den Psychologen sind 30 Personen aus der Türkei stammend, bilingual. Ärzte anderer Fachgebiete stellen 29 Personen, Sozialarbeiter 14, andere Berufsgruppen (z.B. Pflegeberufe, Pädagogen) 18 Mitglieder. In der Türkei sind um die 70 Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, vorwiegend an universitären Einrichtungen tätigt.

Die Aktivitäten der DTGPP werden von wenigen Personen geplant und umgesetzt. Die finanziellen Mittel sind sehr begrenzt, so dass die Einrichtung einer Geschäftsstelle mit einer professionellen Geschäftsführung zur Zeit noch nicht realisierbar ist

Der Vorstand besteht aus zehn Mitgliedern. Der erste Vorsitz ist in Deutschland, der zweite in der Türkei. Die DTGPP bietet ihren Mitgliedern einen regelmäßigen Informationsaustausch im zweimal im Jahr erscheinenden Rundbrief der Gesellschaft. Über rundbrief@dtgpp.de sind diese erhältlich. Zudem bilden Veranstaltungen wie Kongresse auch Foren des Austausches von Vorstand und den Mitgliedern. Der Kontakt zu aktiven Mitgliedern findet vorwiegend auf persönlicher Ebene statt.

Umfangreiche Informationen über die DTGPP finden sich auch im Internet unter www.dtgpp.de

Begrenzte finanzielle Mittel

Die Aktivitäten der DTGPP werden von wenigen Personen geplant und umgesetzt. Die finanziellen Mittel sind sehr begrenzt, so dass die Einrichtung einer Geschäftsstelle mit einer professionellen Geschäftsführung zur Zeit noch nicht realisierbar ist. Zur Organisation der Kongresse sind wir auf Spenden und Sponsoring angewiesen. Nach wie vor ist die gegenwärtige Forschungspolitik vorwiegend auf bio-medizinische Ansätze ausgerichtet. Ohne ein Umdenken hin zur Förderung von kulturspezifischen Fragestellungen wird sich die Arbeit in den psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Fachrichtungen nicht wesentlich verändern. Wir hoffen, dass wir durch unsere Arbeit die Vernetzung fortsetzen können. Zudem haben wir für die Umsetzung unserer Ideen im Arbeitskreis „Psychiatrie und Migration" der Bundesdirektorenkonferenz, der auch von der DTGPP angeregt wurde, ein weiteres Forum gefunden. Die Aktivitäten unserer Gesellschaft sollen interkulturelle Kompetenz im Umgang mit ethnischen Minderheiten vermitteln, entsprechende Konzepte in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungspraxis etablieren und somit zur Verbesserung der Behandlungsqualität von ethnischen Minderheiten beitragen.

Zudem soll die Zusammenarbeit zwischen der Türkei und Deutschland intensiviert werden z. B. durch die Gründung und den Aufbau von Partnerschaften zwischen Institutionen wie Kliniken und außerklinischen Einrichtungen mit ähnlichen Profilen, die neue Strukturen der Kommunikation und Kooperation zwischen beiden Ländern schaffen sollen. Auch soll der Austausch von Kollegen zu befristeten Forschungsaufenthalten aus Deutschland in die Türkei und umgekehrt gefördert werden.

Literatur

Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. (2002). Daten und Fakten zur Ausländersituation. (S. 7-11), Bonn.

Collatz, J.: Auf dem Weg in das Jahrhundert der Migration. Auswirkungen der Migrationbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung. In: Koch, E., Özek, M. u. Pfeiffer, W.M. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Lambertus, Freiburg 1995, S. 31-45

Koch, E., Pfeiffer, W. M. (2000). Migration und transkulturelle Psychiatrie. Curare, 2, 133--139.

Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W. M. (1995). Psychologie und Pathologie der Migration - Deutsch-Türkische Perspektiven, Bd. 1 der Schriftenreihe der DTGPP. Freiburg. Lambertus.

Koch, E., Özek, M. Pfeiffer, W. M., Schepker, R. (1998). Chancen und Risiken von Migration - Deutsch-Türkische Perspektiven, Bd. 2 der Schriftenreihe der DTGPP. Freiburg. Lambertus.

Koch, E., Schepker, R., Taneli, S. (2000). Psychosoziale Versorgung in der Migrationgesellschaft - Deutsch-Türkische Perspektiven, Bd. 3 der Schriftenreihe der DTGPP. Freiburg. Lambertus.

Koch, E., Heilbronn, K., Schouler-Ocak, M. (2001). Die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit – Entstehungsgeschichte, Entwicklung, Ziele und Ausblick. Curare, 24 (2001) 1+2, 183--189.

Riedesser, P. (1975). Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland. Medizinische Klinik, 70 (21), 954 – 959.

Röder, F. u. Opalic, P.: Der Einfluß des Hodschas (magischer Heiler) auf türkische psychiatrische Patienten in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Auswertung klinischer Fallbeispiele. Psychiat. Prax. 14 (1987) 157-162

Schouler-Ocak, M, Koch, E. (2003). Psychiatrische Versorgung von Migranten in Deutschland – Zur Arbeit der Deutsch – Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit. psychomed, 2 / 2003, 76 – 79.

Zeiler, J., Zarifoglu, F. (1994). Zur Relevanz ethnischer Diskriminierung bei psychiatrischen Erkrankungen. Psychiatrische Praxis, 21, 101--105.

Themenschwerpunkte der KERBE 2004

- **Ausgabe 2:** Frühe Störungen: Erklärungsmodelle – Diagnostik – Interventionen im Spannungsfeld zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe
- **Ausgabe 3:** Gewalt-(de)eskalation in der Gesellschaft – Gewalt-(de)eskalation in Psychiatrie und Gesellschaft
- **Ausgabe 4:** Neuroimmunologie und Neurobiologie

Bessere Lobby für Psychisch Kranke

Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie hat festen Platz im Gesundheitssystem Chinas / Rasante Entwicklung überfordert viele Menschen

Von Margarete Haaß-Wiesegart und Doris Biedermann

Die rasante Entwicklung Chinas mit seinem ökonomischen, kulturellen, und familiären Wandel, die Auflösung gesellschaftlicher Werte und Familienstrukturen überfordert viele Menschen in ihrer psychischen Integrationsfähigkeit. Die verschiedenen Gesichter individueller Not führen dazu, dass der Behandlung psychisch erkrankter Menschen im öffentlichen Gesundheitswesen in den Städten mehr Gewicht eingeräumt wird.

Sowohl Angaben der WHO als auch die des chinesischen Gesundheitsministeriums gehen von einer Quote psychischer Erkrankung von 17 bis 20 Prozent aus. Auch wenn man einigen chinesischen Statistiken gegenüber skeptisch bleibt, ist die Tatsache der zunehmenden psychischen Erkrankungen nicht zu leugnen. Geht man von einer in Entwicklungsländern üblichen Inzidenzrate an Schizophrenie und Depression aus, bleibt für China mit allein 25 Millionen depressiv erkrankter Menschen ein ungeheures Gesundheitsproblem zu lösen. Die Traumatisierung ganzer Generationen über Krieg, Bürgerkrieg und Kulturrevolution hinterlässt ihre individuellen Spuren bis heute. Drogenabhängigkeit – noch vor 25 Jahren sehr gut unter Kontrolle – ist heute ein offenes und zunehmendes Problem. Alkoholismus – früher lediglich im Norden üblich, oder bei südlichen Minoritäten – ist heute jedem Psychiater bekannt. In vielen psychiatrischen Krankenhäusern sind in den letzten Jahren Entzugsstationen eingerichtet worden. Zwangserkrankungen sowie psychosomatische Störungen sind in den Städten stark verbreitet. Besonders eklatant ist die drastische Zunahme psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen. Die Zahl essgestörter Jugendlicher in den Städten steigt. Der enorme Leistungsdruck in den Einkindfamilien und in den Schulen führt zu vermehrten Angststörungen und Leistungsverweigerung vieler Kinder.

Selbsttötung eine der häufigsten Todesursachen

Die Selbsttötung junger Menschen gehört zu den häufigsten Todesursachen. Anders als in fast allen anderen Ländern, die statistisch erfasst sind, liegt in China die Quote erfolgreicher Suizide bei Frauen im Alter von 15 bis 38 Jahren an erster Stelle (bei Männern an dritter Stelle) als Todesursache. Die Veröffentlichung eines Falles 1996 in einer Frauenzeitung hatte eine solch erschütternde Resonanz, dass das Thema monatelang immer wieder intensiv aufgegriffen wurde. Nach der Rede der Präsidentin der WHO Brundtland in Peking sind Veröffentlichungen von Zahlen aus landesweiten Untersuchungen über die erschreckende Zunahme der Suizid-Rate in den letzten Jahren in chinesischen Zeitungen kein Tabuthema mehr.

Der Aufschwung der Städte erlaubte es, dem zunehmenden Druck auf das Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, und die psychiatrischen Krankenhäuser auszubauen. Von Mitte der achtziger Jahre bis heute wurde die Zahl psychiatrischer Betten um 30 000 erhöht. Die ambulante Behandlung an den Psychiatrischen Krankenhäusern wurde ausgebaut und es wurden Beratungsstellen eingerichtet. Telefonische Hotlines für psychische Probleme gibt es an vielen Orten, und sie sind meistens überlastet. Während der „SARS-Epidemie“ hatten Psychiater eine Hotline für die Bevölkerung und für Mitarbeiter der betroffenen Kliniken eingerichtet. An den Universitäten wurden auf Grund der sich häufenden Probleme psychischer Erkrankung Studentenberatungsstellen eröffnet.

Versuch, Anschluss an internationale Entwicklung zu bekommen

Die chinesischen Psychiater und Psychologen bemühten sich in den 80er und 90er Jahren nach dem Ende der Kulturrevolution mit Erfolg und großem Einsatz, auch auf dem Gebiet der Psychotherapie Anschluss an die internationale Entwicklung zu finden. Psychotherapie gab es bis dahin nur in sehr bescheidenen Ansätzen als Verhaltenstherapie. Psychologie als Disziplin wurde, nachdem sie während der Kulturrevolution (1966-1976) als bürgerlich gebannt war, wieder gelehrt. Der zunehmende Pluralismus der Gesellschaft spiegelt sich auch in den Angeboten für psychisch Kranke wieder. Heute haben psychiatrische Kliniken und einige Allgemeinkrankenhäuser in den Städten Psychotherapiestationen. Neben westlicher Psychotherapie findet die aus Japan stammende „Moritatherapie“ viel Beachtung. Westliche psychosomatische Behandlungskonzepte stoßen zunehmend auf Interesse. Einige Kliniken haben begonnen, psychosomatische Abteilungen einzurichten.
Obwohl es einen intensiven fachlichen Austausch – vor allem mit den USA, Norwegen, Australien und Japan – gibt, genießt die deutsch-chinesische Zusammenarbeit in chinesischen Fachkreisen auf dem Gebiet der Psychotherapie ein besonderes Ansehen.

Private Initiative bringt Kooperation ins Rollen

Die deutsch-chinesische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Psychotherapie ist mit der Öffnung Chinas nach 1978 verknüpft. Das erste Symposium

Dipl. Psych. Margarete Haaß-Wiesegart, Verhaltenstherapeutin und systemische Paar-und Familientherapeutin in eigener Praxis. Präsidentin der Deutsch-Chinesischen Akademie für Psychotherapie.e.V.

Doris Biedermann, Leiterin einer sozialpsychiatrischen Rehabilitationseinrichtung in Hamburg, Mitglied der Deutsch-Chinesischen Akademie für Psychotherapie e.V.

Obwohl die stationäre psychiatrische Behandlung noch immer klassisch orientiert ist, wurden fünf „Mental Health Center" in Shanghai, Peking, Wuhan, Chengdu und Nanking als Psychotherapie-Zentren offiziell anerkannt

1988 in Kunming, der Provinzhauptstadt von Yunnan, die an der Grenze zu Burma und Vietnam liegt, geht auf eine private Initiative deutscher und chinesischer Kollegen zurück. Prof. Dr. Wan Wenpeng, Ehrendirektor der psychiatrischen Klinik Kunmings schrieb alle Einrichtungen des Landes persönlich an. Zum ersten Mal in China hatten über 100 Psychiater, Ärzte und die wenigen Psychologen, die es damals im Land gab, Gelegenheit, Vorträge und Workshops in Gesprächspsychotherapie, Psychoanalytischer Therapie, Systemischer Familientherapie und Verhaltenstherapie zu besuchen. Viele der berühmtesten Psychiater Chinas, von denen einige von ihrer eigenen schweren Leidensgeschichte in der Kulturrevolution gezeichnet waren, übersetzten mit großem Enthusiasmus für die deutschen Kollegen.

Unter dem Eindruck der Aufbruchsstimmung dieses besonderen Symposiums wurde die „Chinese Association for Psychotherapy and Counselling" gegründet, die ihre Arbeit nach dem zweiten Symposium 1990 in Qingdao aufnahm. Es ist bis heute der einzigste Fachverband für Psychotherapie in China. Auf dem dritten deutsch-chinesischen Symposium für Psychotherapie 1994 in Hangzhou wurde als nächster Schritt der Zusammenarbeit beschlossen, die erste Ausbildung in Psychotherapie in China durchzuführen, die sich an internationale Standards anlehnt. Um die weitere Zusammenarbeit deutscher und chinesischer Psychiater und Psychologen zu institutionalisieren, wurde 1995 die Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie e.V. gegründet

1997 begann das erste nationale Ausbildungsprogramm in China. In einer dreijährigen Ausbildung wurden über 110 Psychiater und Psychologen aus 21 chinesischen Provinzen in Verhaltenstherapie/ Hypnotherapie, psychoanalytischer Therapie und systemischer Familientherapie ausgebildet

Nationales Ausbildungsprogramm läuft an

1997 begann das erste nationale Ausbildungsprogramm in China. In einer dreijährigen Ausbildung wurden über 110 Psychiater und Psychologen aus 21 chinesischen Provinzen in Verhaltenstherapie/ Hypnotherapie, psychoanalytischer Therapie und systemischer Familientherapie ausgebildet. Zur Zeit sind wieder 160 chinesische Kollegen aus ganz China in deutsch-chinesischen Ausbildungsgruppen. Darüber hinaus wurden Ausbildungsgruppen in Kinder- und Jugendpsychotherapie durchgeführt. Die Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie als nicht staatliche gemeinnützige Organisation kooperiert u.a. mit der Medizinischen Hochschule Kunming, der Universität Peking, dem Mental Health Center der Tongji Universität Wuhan, dem Mental Health Center Shanghai, der psychiatrischen Abteilung der West China University Chengdu, der psychiatrischen Klinik Shenzhen, dem Mental Health Center Hefei, der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Nanking.

Die Symposien und vor allem das nationale Ausbildungsprojekt haben eine anhaltend große Auswirkung und Bedeutung. Die Teilnehmer der Ausbildungsprojekte haben ein aktives Netzwerk an Intervisionsgruppen geschaffen. Viele der Ausbildungsteilnehmer des ersten Kurses (1997-1999) arbeiten heute in leitenden Positionen in ihren Kliniken oder bauen psychotherapeutische Zentren auf. Chinesische Lehrtherapeuten aus dem Programm veröffentlichten ein national verbindliches Lehrbuch für Psychiater über psychotherapeutische Behandlung. Es wurden Richtlinien zur Ethik, darunter auch zur Schweigepflicht, erarbeitet. Die zunehmende Akzeptanz psychotherapeutischer Behandlung psychischer Erkrankung durch das staatliche Gesundheitsministerium führte zu dem bereits erwähnten Ausbau von Behandlungsangeboten und der Anerkennung psychotherapeutischer Arbeit als wissenschaftliche medizinische Disziplin.

Abschlusszertifikat wird jetzt anerkannt

Die Anerkennung des Abschlusszertifikats durch das staatliche Gesundheitsministerium Chinas belegt das hohe Ansehen der Deutsch-Chinesischen Ausbildung in Psychotherapie. Chinesische Kollegen haben in Deutschland ihre Psychotherapiekenntnisse erweitert. Deutsche Kollegen haben in China im Rahmen von Kurz- und Langzeitdozenturen psychotherapeutisch gearbeitet, Supervisionsgruppen geleitet und Workshops gegeben. In den chinesischen Fachzeitschriften gibt es inzwischen vermehrt Beiträge, die die Integration oder die Unterschiede westlicher Konzepte von Psyche und östlicher Konzepte bearbeiten. Der von der Deutsch-Chinesischen Akademie für Psychotherapie in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Kunming durchgeführte Internationale Psychotherapie-Kongress: „Dialogues between East and West", dem mit 540 Teilnehmern bisher größten Psychotherapiekongress in China, trug dieser Entwicklung Rechnung. Kooperationspartner dieses Kongresses waren die „Asian Branch of World Council for Psychotherapy" und die „International Federation for Psychotherapy".

Neue Kommission für Qualitätssicherung einberufen

Im Jahr 2001 wurde eine Kommission einberufen, die sich mit der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Tätigkeit befasste. Fast alle Mitglieder dieser hochrangigen Kommission waren Teilnehmer des ersten Deutsch-Chinesischen Ausbildungsprojekts für Psychotherapie in China. Im November 2002 wurde erstmals ein Staatsexamen für Psychotherapie in ganz China durchgeführt, um die Ausübung von Psychotherapie zu lizenzieren. Es sind mehrere Qualitätsstufen festgelegt.

Obwohl die stationäre psychiatrische Behandlung noch immer klassisch orientiert ist, wurden fünf „Mental Health Center" in Shanghai, Peking, Wuhan, Chengdu und Nanking als Psychotherapie-Zentren offiziell anerkannt. Ihnen obliegt nun die Aufgabe, die künftige Ausbildung von Psychiatern in Psychotherapie durchzuführen. Da die Zentren mit den wichtigsten psychiatrischen Kliniken des Landes verknüpft sind, ist anzunehmen, dass sich der Ausbau und die Weiterentwicklung der Behandlung in Zukunft nicht nur in den Neubauten der Psychiatrien zeigen wird, sondern auch in der Zunahme psychotherapeutischer Behandlung.

Auf der Suche nach der Kultur

Der Einfluss der Kultur auf klinische und psychosoziale Beratung in Bethlehem/Palästina

Von Viveca Hazboun und Manuela Ziskoven

Die Autorinnen werfen beispielhaft einen analysierenden Blick auf den Einfluss der Kultur auf psychiatrische und psychosoziale Arbeit in einem besetzten Gebiet der „Palestinian Authority" Die Arbeit der Leiterin einer Beratungsstelle wird kurz beschrieben; im Mittelpunkt stehen die Reflexionen einer Entwicklungshelferin. Die kommentierende Reaktion der lokalen psychiatrischen Fachkraft auf die Beobachtungen einer deutschen Entwicklungshelferin bereichert und ergänzt das Thema.

Ich (Manuela Ziskoven) arbeite als Entwicklungshelferin in einem soziokulturellen Kontext, der von ganz verschiedenen Traditionen und Kulturen geprägt ist. Palästina, das Land des Ursprungs der drei monotheistischen Weltreligionen, ist in sich gespalten; der eine Gott hat zur Zeit keine verbindende Kraft mehr. In Bethlehem leben 143.000 Menschen, ca. 76% sind Moslems. In der gesamten Westbank mit einer Population von 2.102 Millionen leben 608.000 palästinensische Flüchtlinge, die aus Gaza, Jordanien, Syrien, Ägypten gekommen sind und 1967 nach dem 6-Tage-Krieg aus Israel vertrieben wurden. Auch ihre Traditionen beeinflussen die Kultur. (Passia, 2003)

Die in den letzten Jahren merklich geringer gewordene christliche Minderheit von geschätzten 24% (Latin Patriarchate, 2002) – ca.32.500 Personen – setzt sich aus lutherischen Christen, Katholiken und griechisch Orthodoxen zusammen, die in der Mehrzahl sind. Jede Konfession lebt ihre eigenen Traditionen und Feiertage. Geprägt aber wird das Gebiet von der (sunnitisch-) islamisch- arabischen Kultur. Ich beziehe mich hier auf den (umstrittenen) Begriff Volksislam und berichte rein subjektiv, wie sich mir diese Kultur im Kontakt mit Menschen darstellt. Keine muslimische Familie ist gleich einer anderen. Bei den meisten aber spielen die Begriffe Gläubigkeit, Ehre, Stolz, Ansehen, Respekt vor den Alten, und Höflichkeit im Alltag eine große Rolle. Ich will anhand einiger Beispiele Elemente der islamischen Kultur in ihren Auswirkungen auf Beratung und den Prozess des Trauerns veranschaulichen. Meine Beobachtungen stammen aus meiner Mitarbeit im „Guidance and Training Center for the Child and Family" (NGO), einer psychiatrisch/psychosozialen Beratungsstelle für Kinder und ihre Familien. Direktorin ist Viveca Hazboun, eine Erwachsenen- und Kinderpsychiaterin. (Hazboun, 2003)

Stammeskultur mit einem starken Zusammenhalt

In Bethlehem erlebe ich eine patriarchal, hierarchisch bestimmte Stammeskultur mit einem hohen Maß an gegenseitiger sozialer Verantwortung, aber auch sozialer Kontrolle. In der jetzigen schweren Notzeit der zweiten Intifada, helfen sich Familienmitglieder selbstverständlich finanziell und sozial. Auch im Ausland lebende Verwandte schicken regelmäßig Schecks zur Stützung ihrer Angehörigen. Besonders in Krisenzeiten bieten Religion und Kultur Halt und Sinn und helfen den Menschen, zu überleben. Das Wohlergehen des einzelnen ist abhängig vom Wohlergehen der Familie. Zu Familie und Nachbarschaft bestehen die engsten, verpflichtenden Bindungen. Es ist ein hoher Wert, ein guter Nachbar zu sein. In all der Gewalt, ausgehend von fanatischen Fundamentalisten, vergisst man manchmal, dass Harmonie im Zusammenleben das Ziel islamischer Sozialehren ist. (Reissner, 1989)

Relevant für die Beratungsarbeit ist der Glaube an Gottes Willen und Vorsehung. Die Härten des Lebens sollen ohne Klage und Aufbegehren ertragen werden, (Awwad, 1999). Das heißt, Gefühle werden häufig nicht geäußert. Verluste werden als gottgegeben angesehen. Persönliche Mitverantwortung ist ein kaum gekannter Begriff. Viele glauben, dass nur Gott und das Gebet ihnen helfen kann, und nicht Menschen. Oft wird im Anschluss an das Korangebet um Vergebung gebeten. Dies hat einen heilsamen Effekt insofern, als es Angst vermindert. Aus einer Studie wird deutlich, dass 98% der Muslime an Schicksal glauben, 90% sehen Hilfe allein im Beten, 95% praktizieren alte Riten, 58% glauben an Geistheilung, 68% an Magie, 96% sehen einen Wert im Schuldbekenntnis. Viele suchen bei Problemen und bei Krankheit zuerst ihren Sheik oder Heiler auf. (Awwad, 1999, Murad, 1999, Assion, 2003)

Palästinensischer Ehrenkodex: zwei Fallbeispiele

Amira, eine 23-jährige Studentin der Sozialarbeit, hat ein Stipendium bekommen. Ihr Vater verbietet ihr, dieses anzutreten, schließt sie sogar in ihrem Zimmer ein, damit sie das bereits mit Schwierigkeiten erteilte Visum nicht abholen kann. Es gehört sich nicht, dass ein muslimisches Mädchen in diesem Alter allein ins Ausland geht. Dem Wort des Vaters hat die Mutter nichts entgegenzusetzen. Ein Sozialarbeiter berichtet: Ein 36-jähriger Facharbeiter ist arbeitslos geworden, nachdem er wegen des Abschließens des Gebiets und der Verweigerung von Passierscheinen durch Israel nicht mehr in Jerusalem arbeiten kann. Es gehört zum palästinensischen Ehrenkodex, die Familie ernähren zu können. Keine neue Arbeit zu finden, wird oftmals als persönliches Versagen erlebt. Auf die durch die äußeren Umstände erfahrene Arbeitslosigkeit wird nicht deprimiert oder aufgebracht reagiert, jedenfalls nicht nach außen, sondern mit Härte. Gefühle von vermeintlicher Schwäche

Viveca Hazboun, M.D.,

Manuela Ziskoven, M.A, Guidance and Training Center for the Child and Family, P.O.Box 51399, Jerusalem, Israel, :gtc@p-ol.com

Die arabische Kultur ist eine Kultur einer außerordentlichen, religiös verankerten Höflichkeit, die auch in der Sprache, z.B. in arabesken Begrüßungs-und Verabschiedungsformeln zum Ausdruck kommt

werden nicht ausgesprochen, sondern müssen nonverbal erschlossen werden. Die Gewalt in den Familien steigt.

Wohlergehen des Kollektivs wichtig

Wie gehe ich damit ‚kultursensibel' um? Die arabische Kultur ist eine Kultur einer außerordentlichen, religiös verankerten Höflichkeit, die auch in der Sprache, z.B. in arabesken Begrüßungs-und Verabschiedungsformeln zum Ausdruck kommt. (Heine, 2001) Der Respekt und die Achtung vor dem Vater gebietet es, seine Weisung zu akzeptieren (Lemarchand, Radi, 1997). Auch die Beifügung des Vornamens des Vaters zum eigenen, persönlichen, wie z.B. Amira, Abu Eli, ist ein Ausdruck dieser Tradition. Mit Widerspruch und Kritik ist vorsichtig umzugehen. In der palästinensischen Stammesorientierung ist das Wohlergehen des Kollektivs wichtiger als das individuelle. Persönliche Freiheit in der Lebensgestaltung ist noch kein allgemein anerkannter Wert. Es gibt in Bethlehem eine Universität. Einige Studentinnen und Studenten erhalten Stipendien. Aber sie sind noch in der Minderheit. Ich konnte nur die Studentin trösten und sie auf den Grundkonflikt zwischen individueller Selbständigkeit und Familienorientierung aufmerksam machen. (Freise, 2003)

Von Männern wird Beratung eher von männlichen Beratern angenommen. Einer Frau gegenüber fällt es wohl noch schwerer, die persönlichen Gefühle und Versagensängste zu offenbaren. Die Ehre des Mannes gilt als unantastbar. Oftmals wird die fachliche Kompetenz einer Frau nicht anerkannt. In diesem Fall konnte ich nur den Sozialarbeiter anregen, über diese Fragen nachzudenken und mit dem Betroffenen auf menschlicher Ebene umzugehen.

Es gelang der Sozialarbeiterin, sechs betroffene Frauen aus der genannten Großfamilie zu einem Gruppengespräch zu Hause zu motivieren. Auch das ist etwas Besonderes, da über Erlebtes oft nicht gesprochen wird.

Umgang mit Trauer: Fallsupervision

In einer Supervision war ich damit konfrontiert, dass eine muslimische Sozialarbeiterin eine Familie am Rande von Bethlehem betreute, in der im Juli 2002 innerhalb eines Tages mehrere Männer des Familienclans durch einen Luftangriff der Israelis umgekommen waren. Von sich aus hätte diese Familie sicherlich niemals nach Hilfe gefragt. Aufmerksam wurde die Sozialarbeiterin durch Freiwillige, die sie auf die Problematik der Familie hinwiesen und einen Hausbesuch vorbereiteten, denn muslimische Witwen dürfen drei Monate lang ihr Haus nicht verlassen. Ich dachte zuerst, dies gehöre zum Trauerritual, aber der Grund ist ein ganz anderer: die Familie und die Öffentlichkeit können nur auf diese Weise sicher sein, dass die jeweilige Frau nur von ihrem Ehemann schwanger sein kann.

Ich will nicht auf die politischen Hintergründe dieser Tode eingehen; die Toten werden als Märtyrer angesehen, die für ihr Land starben. (Zur Kritik dieses Begriffs s. Ateek, 2002) Im Islam wird angenommen, dass sie sofort „in den Himmel" kommen und dort paradiesisch weiterleben. Zum Beispiel stehen zahlreiche Frauen zu ihrer Verfügung, usw. Es ist nicht erlaubt zu trauern, sondern ein solch ehrenhafter Tod ist ein Grund zu Freude und Stolz. So sieht man Witwen, die fröhlich erscheinen oder singen, und gleichzeitig laufen die Tränen. Die kulturell vorgeschriebene Hochstimmung überdeckt die Trauer. Der Tod eines Märtyrers wird von vielen frommen Muslimen gar nicht als Verlust wahrgenommen. (Baker, 1999) Gefühle des Schmerzes, der Trauer und auch der Wut werden den Menschen hier verwehrt, bzw. kulturell blockiert.

Über Erlebtes oft nicht gesprochen

Es gelang der Sozialarbeiterin, sechs betroffene Frauen aus der genannten Großfamilie zu einem Gruppengespräch zu Hause zu motivieren. Auch das ist etwas Besonderes, da über Erlebtes oft nicht gesprochen wird. Die Bereitschaft zu erzählen war groß. Aber wie sollte es weitergehen, fragte die Sozialarbeiterin. Von der Notwendigkeit zu trauern wusste sie. „Was meinst du, wie es den Frauen nach vier Wochen geht. Sie sind allein mit ihren versteckten Tränen." Sie problematisierte, dass die Frauen ihre Männer und Brüder stark idealisierten und ihr Schmerz groß war, weil sie sich nicht hatten verabschieden können. Ein Ehemann war vom Frühstückstisch aufgesprungen, als er hörte, dass das Haus seines Bruders bombardiert wurde. Er wollte ihm zu Hilfe kommen und wurde dabei tödlich getroffen. Die Sozialarbeiterin erzählte mir, dass Menschen, die fühlen, dass ihr Tod naht, Familienangehörige und Freunde zusammenrufen und ihnen mitteilen, wofür sie Verzeihung haben möchten und auch darüber sprechen, was schön und beglückend war. Dasselbe erfolgt dann auch von Seiten der Zusammengekommenen.

Ich nahm dieses schöne Ritual zum Anlass, die Sozialarbeiterin anzuregen, genau dies zum Thema eines Gruppengesprächs zu machen: Was hätte mir mein Mann, mein Sohn, mein Bruder oder mein Vater noch sagen wollen? Wofür hätte er sich wohl entschuldigt, was hätte er an Positivem angeführt? Und was möchte ich ihm nachträglich mitteilen? Die Sozialarbeiterin reagierte zunächst ablehnend auf meinen Vorschlag. „Die Männer sind ja schon tot, das machen die Frauen nicht mit." Symbolisches Denken oder Gespräche in der Vorstellung sind hier wenig gebräuchlich und muten fremd an. Es gelang mir, der Sozialarbeiterin Mut zu machen, dies auszuprobieren (Ein wenig Psychoedukation hielt ich in diesem Falle für nützlich, um den Frauen eine Tür zum Trauern zu öffnen und die Sozialarbeiterin zu stützen). Sie besuchte die Familie im Abstand von zwei Wochen.

Kinder sollen die Eltern nicht trauern sehen

Beim dritten Gespräch konnte sie das Abschiedsritual einführen und war über die Reaktion begeistert. Beim nächsten Termin dankten ihr die Frauen, dass sie ihr die Gelegenheit geboten hatte, sowohl über nichtabgeschlossenes wie auch über negative Seiten der gemeinsamen Vergangenheit sprechen zu können – und vor allem für die Erlaubnis, gemeinsam zu weinen. Kinder nehmen in der Regel nicht an der Beerdigung teil, werden also vom Prozess des

Abschiednehmens ausgeschlossen. Manche Familien halten es für angebracht, die Kinder ganz aus den Familien für die Trauerzeit zu entfernen, damit sie ihre Eltern nicht trauern sehen. Welche Unsicherheit und Angst dies auslöst, kann man nur vermuten. In der Regel bleibt der Leichnam einer Person einen Tag im Trauerhaus, umgeben von trauernden Frauen, die auch Verse aus dem Koran rezitieren. Die Männer sind bei Familienangehörigen der Großfamilie oder Freunden eingeladen. Die Beerdigung wird allein von den Männern durchgeführt, meist begleitet von Schüssen in die Luft. Die Trauerzeit ist auf drei Tage beschränkt. In der Zeit bringen Verwandte und Freunde Essen und Süßigkeiten. Die Familie erhält enorme Unterstützung von Freunden aus der Umgebung.

Diskussion

Die kulturell gebotene Vorschrift, nicht zu trauern, verursacht einen inneren Konflikt zwischen spontanen, menschlichen Grundreaktionen und kulturellen Normen. Die aus psychologischer Sicht notwendige verarbeitende Integration von Verlusten eröffnet erst einen Neuanfang im Lebenszyklus. Andernfalls bleiben die Frauen in der Trauer gebunden. Dies ist sicherlich westlich geprägtes, psychologisches Denken. Ich bin jedoch der Meinung, dass der Prozess des Trauerns universell ist. Hätte mir die Sozialarbeiterin nicht berichtet, wie unglücklich die Frauen insgeheim waren, hätte ich ihr nicht viel mehr als von den uns bekannten Trauerphasen erzählt. So aber ergab sich eine Verbindung zwischen Kultur und Hilfe in der Trauerarbeit, die zunächst gegen die kulturell gebotene Norm verstieß, aber eine Erweiterung im Umgehen mit den trauernden Frauen erzielte.

Nachdem ich (Viveca Hazboun) als lokale, palästinensische Erwachsenen- und Kinderpsychiaterin über diese Beispiele nachgedacht habe, möchte ich anmerken, dass diese Situationen Teil unserer täglichen Arbeit und unseres Kampfes geworden sind, Menschen beim Überleben zu helfen, innere Harmonie und Stolz in der Fähigkeit, Leid zu ertragen sowie Verständnis für die Schwierigkeiten, die sie durchleben, zu finden. (Hazboun, 2001) Von ihrer Religion und Kultur erleben sie entweder Druck oder Entlastung. Manchmal können wir den Patient/innen helfen, eher die Hilfe und den Trost wahrzunehmen, die sie von ihrer Kultur erhalten, als die Last. Eine Reihe von Beispielen kommen mir in den Sinn: ein junges Mädchen kam mit ihrem Vater ins Zentrum, weil sie mit kurzen Ärmeln aus dem Haus gegangen war und deswegen von ihrem Vater geschlagen worden war. Als Therapeutin, die ebenfalls eine Bluse mit kurzen Ärmeln trug, war es nicht einfach, mit der Situation umzugehen. Das junge Mädchen beendete die Sitzung, nachdem sie erfuhr, dass ihr Vater sein Handeln bereute, und sie seine positive Einstellung ihr gegenüber anerkannte, da er sie ja zur Beratung gebracht hatte. Beide verließen den Dienst harmonisch.
Ein anderes Mädchen, das wegen Depressionen und dem Wunsch, Selbstmordattentäterin zu werden, zu uns kam, sagte später im Fernsehen: sie bedauere, dass ihr Bruder, der tatsächlich ein Selbstmordattentat ausgeführt hatte, sich geweigert hatte, zur Behandlung zu kommen, obwohl sie mehrmals versucht hatte, ihn dazu zu motivieren. Sie selbst habe diesen mörderischen Wunsch infolge der Therapie überwunden. Sie akzeptiere aber das Schicksal ihres Bruders und seine religiöse Überzeugung, mit der er seinen Nationalismus zum Ausdruck brachte. Sie war dankbar, dass sie durch die Unterstützung des Zentrums anders mit der Situation hatte umgehen können und kein Selbstmordattentat hatte ausführen müssen. Trotzdem sah sie sich ihrem Nationalgefühl in dem Sinne verpflichtet und geehrt, in dem sie am Leben blieb, anderen Menschen dienen konnte und niemanden verletzte.

Psychiatrische und psychosoziale Beratung muss die gebräuchlichen Vorstellungen in einer Kultur kennen und berücksichtigen, um angenommen zu werden. Dies trifft besonders für Ausländer/innen zu, gilt aber auch für lokale Mitarbeiter/innen. Die Kultur, in der wir leben, formt unsere Menschlichkeit, indem sie mit ihren Werten und Normen soziales Verhalten ermöglicht. Das jeweilige Menschenbild beeinflusst die Effektivität jeder Beratung. Um nicht hilflos zu werden, müssen viele Inhalte in die bestehende Kultur übersetzt werden. Die kulturelle Bindung ist stark, bietet sie doch Verhaltenssicherheit, Schutz, Zugehörigkeit, Stabilität, Sinn, Trost und damit eine Hilfe in der Bewältigung von Leid. Auch wir erfahren eine Bereicherung durch das Kennen lernen der Kultur in einer Region. Westlich orientierte Beratung muss aber auch die Konflikte, die sie auslösen kann, sehen und dennoch die Entwicklung von Ideen auf einer gemeinsamen Grundlage gegenseitigen Lernens ermöglichen. Der Betroffene sollte sich diesen Konflikten stellen und als Erweiterung seines Denkens, Fühlens und Handelns erfahren wollen.

Ein anderes Mädchen, das wegen Depressionen und dem Wunsch, Selbstmordattentäterin zu werden, zu uns kam, sagte später im Fernsehen: sie bedauere, dass ihr Bruder, der tatsächlich ein Selbstmordattentat ausgeführt hatte, sich geweigert hatte, zur Behandlung zu kommen

Literatur

Assion, H.-J.: Traditionelle Heilvorstellungen bis heute weit verbreitet, Kerbe 4, 21.Jg., 2003
Ateek, N.: Suicide Bombers: What is theologically and morally wrong with suicide bombings? A Palestinian Christian Perspective, Cornerstone, Issue 25, Summer 2002, Jerusalem, www.sabeel.org
Awwad, E.: Between Trauma and Recovery: Some Perspectives on Palestinian's Vulnerability and Adaptation in: Nader,K.,Dubrow,N., Stamm, H.(ed.) Honoring Differences, Cultural Issues in the Treatment of Trauma and Loss, N.Y. 1999
Baker, A., Shalhoub-Kevorkian, N.: Effects of Political and Military Traumas on Children: The Palestinian Case. Clin.Psychology Review, Vol. 19, No.8,1999
Hazboun,V.: Journey to the heart in: Armbruster,D., Emery,M.: Tears in the Holy Land, Voices from Israel and Palestine,Portland/Oregon 2003
Hazboun,V.: Inner harmony despite the pain, Cornerstone, Issue 22, Autumn 2001, Jerusalem
Heine, P. Kulturknigge für Nichtmuslime, Freiburg, 2001
Freise, J.: Dialog zwischen Okzident und Orient: Deutsch-palästinensische Studentenbegegnungen als Lernort für interkulturelle Kompetenz,in: Internationaler Jugendaustausch- und Besucherdienst der BRD, Bonn 2003
Murad, I.J.: Psychiatry in the Palestinian Authority, Isr.J. of Psychiatry,Vol 36,No.1, 1999
Lemarchand, Ph., Radi,L.: Israel und Palaestina morgen, Braunschweig 1997
Reissner,J.: Die politische Rolle des Islam in der Gegenwart, in: Ende,W.,Steinbach,U.: Der Islam in der Gegenwart, München, 1989
The Palestinian Academic Society for the Study of International Affairs (Passia), Jerusalem 2003

Die Beispiele stammen aus Supervisionen im GTC, von UNWRA und der Palestininan Working Women Society for Developmen, mit Erlaubnis zur Veröffentlichung.

Interkultureller Ansatz schafft neue Zugänge

Ein Jahr Ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision der Charité Berlin, Campus Mitte

Von Nadja Kassim, Andreas Heinz und Ernestine Wohlfart

Die Ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision (ZIPP) der Charité Berlin bietet seit September 2002 spezifische Behandlungen in der Region Berlin-Brandenburg für muttersprachlich nicht deutsche Einwohner und Einwohnerinnen an (Wohlfart 2003). Die Umsetzung eines kultursensiblen und interkulturellen Behandlungsansatzes gewährleistet das interdisziplinäre und multikulturelle Team (Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung, Gaitanides 2002). Die kulturelle Vielfalt im Team, die Arbeit mit Dolmetschern und Dolmetscherinnen als Sprach- und Kulturmittler und eine ständige Reflexion der Bedeutungszusammenhänge sind die Grundlagen unseres interkulturellen Praxisansatzes.

Der Aufbau einer empathischen und sichernden Beziehung zu Patienten und Patientinnen, die sich in migrations- oder fluchtspezifischen psychischen Konflikten befinden, wird in diesem Rahmen erleichtert beziehungsweise erst möglich (Collatz 2001). Über Praktikumsplätze ist das ZIPP beteiligt an der Gemeindedolmetscherausbildung in Berlin (EU-EQUAL Programm für Migranten und Flüchtlinge, Gesundheit Berlin e.V.). Zur Qualitätsentwicklung und Weiterbildung tragen die wöchentliche Intervisionsgruppe, die monatliche interkulturelle institutsübergreifende Supervisionsgruppe und ein internationaler Austausch mit ähnlichen Projekten bei.

Prozessualer Blickwinkel

Das diagnostische Herangehen des ZIPP weicht ab vom universalistischen Anspruch des Diagnosemanuals, da kultursensible Interpretationen von psychischen Symptomen oder migrationsspezifische psychische Krankheitsfelder noch nicht im ICD oder DSM kodiert sind. Die Culture Bound-Syndroms (Anhang F, DSM-IV) sind zu exotisch (Lewis-Fernandez 1996) und nicht prozessorientiert. Ein prozessualer Blickwinkel ist jedoch die Grundlage für ein Verständnis von transkulturellen Phänomenen wie sie in der Migration und in der Globalisierung entstehen. Wie Tobie Nathan vom Centre Devereux in Paris (Benz 1997) sind wir der Ansicht, dass die Missachtung kulturell differenter Traditionen und Vorstellungen häufig zu Fehldiagnosen und Pathologisierungen in der psychiatrischen Diagnostik führen kann. Unsere Theoriegrundlage zur Interpretation und Analyse psychischer Erkrankungen ist die Ethnopsychoanalyse (Parin 1978, Nadig 1986, Reichmayr 1995).

Behandlungsformen und statistische Daten

Die verfügbaren Zeiten zur ambulanten Behandlung in der Ethnopsychiatrischen Ambulanz am Ort der Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie umfassten initial 20 Stunden und umfassen mittlerweile ca. 60 Stunden pro Woche. Mit diesen personellen Mitteln wurden 110 Patienten und Patientinnen im ersten Jahr diagnostiziert sowie gegebenenfalls psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt. Hiervon befinden sich zur Zeit noch 75 Patienten und Patientinnen in Behandlung. Die Behandlungsfrequenz variiert je nach Therapieplanung von einmal wöchentlich bis dreiwöchentlich. Wir führen Konsiltätigkeiten in anderen Abteilungen der Charité durch und beantworten häufig Anfragen aus anderen Kliniken zur spezifischen Behandlung von muttersprachlich nicht deutschen Patienten und Patientinnen. Wichtig ist uns dabei die Zusammenarbeit mit psychosozialen Projekten freier Träger sowie ein Eingebundensein in die Regelversorgung. Bereits nach einer kurzen Phase der Öffentlichkeitsarbeit erreichten das ZIPP Anfragen aus ganz Berlin und aus dem Umland, derzeit ca. 10 pro Woche.

Die häufigsten Zuweisungen erreichten uns über:
- die psychiatrischen beziehungsweise somatischen Stationen der Charité (30%),
- ambulante Beratungsstellen, Ärzte sowie Krankenhäuser (40%).

Die Zuweisungsaufträge lauteten:
- Nur diagnostische Einschätzung: 30% (davon 10% Gutachten),
- Psychotherapie: 50%
- Psychiatrische Betreuung: 20%

Bei 55% der Patienten und Patientinnen erfolgte Diagnostik und Behandlung mit muttersprachlichen Therapeuten oder mit Dolmetschern und Dolmetscherinnen. In Vor- und Nachgesprächen wurden die Dolmetscher sowohl geschult als auch ihre Assoziationen und Eindrücke als Kulturmittler mit in die Überlegungen einbezogen. Die Übersetzung erfolgte konsekutiv, d.h. in Sinneinheiten, und nicht simultan. Die Dolmetscher und Dolmetscherinnen wurden in die Gesprächsrunde integriert und befanden sich nicht außerhalb als „non-visible-person."

Therapeutische Gruppen werden zusammengeführt

Therapeutische Gruppen (gruppenanalytischer nach Foulkes sowie tanz- und bewegungstherapeutischer Ansatz) wurden nach einer Phase der Einzelarbeit in

Dr. med. Nadja Kassim, Mitarbeiterin im ZIPP, in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité Berlin, Campus Mitte
nadja.kassim@charite.de

Dr. med. Ernestine Wohlfart, Leiterin des ZIPP, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Gruppenanalyse; Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Mitte.
ernestine.wohlfahrt@charite.de

unterschiedlichen Konstellationen zusammengeführt:

- afrikanische Patientinnen (Leitung: Ärztin; bikulturelle Ethnologin als Co-Therapeutin und Dolmetscherin),
- albanische Patientinnen und Patienten (Leitung: Ärztin; bikulturelle Sonderpädagogin als Co-Therapeutin und Dolmetscherin),
- türkische Patientinnen (im Entstehen / Leitung: muttersprachliche Psychologin, Hospitantin als Co-Therapeutin),
- tanz- und bewegungstherapeutische Gruppe; arabische, albanische und deutsche Patientinnen (Leitung: bikulturelle Ärztin; arabische und albanische Dolmetscherin).

30% der Patienten und Patientinnen wurden vor (20%) oder während (10%) der ambulanten Behandlung im ZIPP auch stationär in der Abteilung versorgt, wobei alle Einweisungen während der Behandlung im Einvernehmen mit dem Patient beziehungsweise der Patientin erfolgten. 65% der Patienten und Patientinnen erhielten Psychopharmaka, meist Antidepressiva, atypische Neuroleptika und Phytotherapeutika. 9% der Patienten und Patientinnen brachen die Diagnostik oder die Behandlung vorzeitig ab, meist handelte es sich um Personen mit Suchterkrankungen.

Mehrzahl leidet an Belastungsstörungen

60% der Patienten und Patientinnen litten an sogenannten Belastungsstörungen oder Anpassungsstörungen aufgrund der Migration (dazu gehörten auch Patienten und Patientinnen, die sich im Rahmen von Arbeit oder Studium in Deutschland aufhielten). Bei dieser Diagnosegruppe fiel eine besonders breite Variation der Symptomatik auf (somatoforme Störungen, depressive Störungen, Angst- und Zwangssymptome, wahnhafte Symptome). Suchterkrankungen, schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und hirnorganische Psychosyndrome verteilten sich auf die restlichen 40% der Diagnosen.

Epidemiologische Daten der Patienten und Patientinnen

Herkunftsländer: Ehemals jugoslawische (20%), türkische (20%, hiervon ca. 25% Asylsuchende), osteuropäische (16%), arabische (15%) und iranische (5%) Patienten und Patientinnen bildeten die Hauptgruppen. Dabei überstiegen die Anfragen der Patienten und Patientinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien jedoch noch deutlich die Zahl der derzeitig Behandelten aus diesem Raum. Zunehmend erreichen uns Anfragen von afrikanischen Patienten und Patientinnen (mittlerweile 10%) und Patienten und Patientinnen aus Südamerika. Bisher gering in Anspruch genommen wurde das Angebot von Patienten und Patientinnen aus dem fernen Osten, Westeuropa oder Nordamerika.

- Religion: 60% muslimisch, 30% christlich.
- Geschlechtsverteilung: 2/3 Frauen, 1/3 Männer.
- Altersverteilung: 75% der Patienten und Patientinnen waren 20 bis 50 Jahre alt.
- Migrationsgrund Politisches Asyl: 50%
- Migrationsgrund Heirat oder Familienzusammenführung: 30%
- Migrationsgrund Studium/ Arbeit: 20%

Diskussion der Ergebnisse

Das ZIPP erreichte bereits nach wenigen Wochen einen hohen Zulauf. Es bestätigte sich die angenommene Unsicherheit in der Zuordnung und Behandlung von psychischen Erkrankungen bei nicht deutschen Patienten und Patientinnen, einen Großteil bildeten psychiatrische fachärztliche Zuweisungen. Die modifizierte Exploration der Patienten und Patientinnen unter Einbeziehung kultureller und biographischer Aspekte erleichterte die Inanspruchnahme, erhöhte die Qualität der Behandlung und dadurch die Compliance der Patienten und Patientinnen. Die Abbruchquoten waren sehr gering. Das Konzept einer kombinierten psychotherapeutischen (tiefenpsychologisch/ ethnopsychoanalytisch orientierten) und symptomorientiert medikamentösen Behandlung zeigte Behandlungserfolge, unter anderem ablesbar an der hohen Zahl verhinderter stationärer Einweisungen.

Durch die verschiedenen sprachlichen und kulturellen Schwerpunkte der Behandler und Behandlerinnen und der Möglichkeit des Einsatzes von Dolmetschern war es uns möglich, ein breites Spektrum an Herkunftsländern abzudecken, so dass ein national vielfältiger Patientenstamm entstand. Durch den Austausch mit Dolmetschern und in der Supervision reduzierten sich deutlich Unsicherheiten in der Behandlung. Diagnostik und Behandlung sind insbesondere mit Dolmetschern jedoch zeitintensiver, die Arbeit in dieser Kleingruppe multidimensional und deshalb fordernd, was bei der Terminplanung berücksichtigt werden musste. Bei unseren Patienten und Patientinnen, die sich zum Teil in langwierigen Asylverfahren befanden (ca. 50%) und zudem mitunter von Abschiebung bedroht waren, war auffällig, dass viele Zuweisungen von Beratungsstellen, psychosozialen Einrichtungen und Fachärzten kamen. Die in der Literatur beschriebene hohe Abbruchrate von Therapien können wir nicht bestätigen. Anhand unserer Erfahrungen vermuten wir, dass die Vorbehandler und Vorbehandlerinnen in Anbetracht des eingeschränkten Gestaltungsspielraums resigniert die Patienten und Patientinnen weiter überweisen.

Durch die verschiedenen sprachlichen und kulturellen Schwerpunkte der Behandler und Behandlerinnen und der Möglichkeit des Einsatzes von Dolmetschern war es uns möglich, ein breites Spektrum an Herkunftsländern abzudecken

Zusammenfassung

Seit September 2002 wurden über 100 Patienten und Patientinnen in dem vor einem Jahr begründeten ZIPP behandelt. Die Patienten und Patientinnen verteilten sich auf die verschiedensten Herkunftsländer. Das multikulturelle Team, die Arbeit mit Dolmetschern als Sprach- und Kulturmittler und die interdisziplinäre Zusammenarbeit erlaubte den erhofften differenzierteren Zugang zu den Beschwerden der Patienten und Patientinnen. Im Diagnosespektrum überwogen Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen mit einer äußerst variationsreichen Symptomatik, die zuvor oft falsch eingeschätzt wurde. Das Konzept einer psychotherapeutischen (ein-

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, Campus Mitte. Mag. art. Philosophie, Studien Anthropologie.
andreas.heinz @charite.de

Es wird eine jeweils regionale staatliche Aufgabe sein, in den nächsten Jahren mehr interkulturelle Kompetenz in die Regelversorgung zu bringen, um ineffiziente Behandlungen zu vermeiden

Abstract

Die Ethnopsychiatrische Ambulanz am ZIPP der Charité Berlin blickte im Herbst 2003 auf ihr einjähriges Bestehen zurück. Die Einrichtung stößt auf große Resonanz im Raum Berlin-Brandenburg und verzeichnet einen regen Zulauf von Patienten und Patientinnen nicht deutscher Herkunft. Bereits jetzt zeigt sich, dass der interkulturelle und interdisziplinäre Ansatz neue Wege öffnet, die einer „kulturell blinden" Psychiatrie weitgehend verschlossen bleiben.

zeln und in Gruppen) und, falls notwendig, kombinierten symptomorientiert medikamentösen Behandlung zeigte Behandlungserfolge im Sinne verhinderter stationärer Einweisungen, hoher Compliance und sehr geringer Abbruchquoten. Als Problemfeld sehen wir das nicht ausreichende Angebot an Behandlungsmöglichkeiten für traumatisierte Flüchtlinge und die damit verbundenen drängenden Anfragen an die Ethnopsychiatrische Ambulanz.

Es wird eine jeweils regionale staatliche Aufgabe sein, in den nächsten Jahren mehr interkulturelle Kompetenz in die Regelversorgung zu bringen, um ineffiziente Behandlungen zu vermeiden und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme auch für diese Patientengruppe zu verbessern.

Literatur

Benz, A. (1997). Der Ethnopsychoanalytiker Tobie Nathan. Emigration, Trauma, Metamorphose. In: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas

Collatz, J. (2001). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungen durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann und Salman, Transkulturelle Psychiatrie, Psychiatrie Verlag, 52-63.

Gaitanides, S. (2002). Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung. IZA, Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit, 1/2002, 4-7.

Heinz, A. (2002). Anthropologische und evolutionäre Modelle der Schizophrenieforschung. In: Heise, T. und Schuler, J. Das transkulturelle Psychoforum. Band 9. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.

Lewis-Fernandez, R. (1996). Cultural formulation of psychiatric diagnosis. Culture, Medicine and Psychiatry 20, 133ff.

Nadig, M. (1986). Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopsychoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexico. Frankfurt a.M., Fischer.

Parin, P. (1978). Der Widerspruch im Subjekt – Ethnopsychoanalytische Studien, Frankfurt a.M.

Reichmayr, J. (1995). Einführung in die Ethnopsychoanalyse. Geschichte, Theorie und Methodik, Fischer.

Wohlfart, E., Kassim, N., Heinz, A. (2003). Ein interkultureller Praxis- und Theorieansatz: ZIPP – Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision. In: Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung: Leitlinien, Modelle, Strategien. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, (im Erscheinen).

Verhalten kontextabhängig verstehen

Systemische Konzepte bewähren sich bei der Psychotherapie mit Migranten / Konzept für Umgang mit kultureller Freiheit entwickeln

Von Thomas Hegemann

Minoritäten nehmen psychotherapeutische Dienste unterdurchschnittlich war. Dies gilt für zugewanderte Migranten ebenso wie für ethnische Minoritäten, die seit mehreren Generationen hier leben – aber auch für andere Gruppen, die sich aus religiösen, politischen oder wirtschaftlichen Gründen am Rande des von Mittelschichtswerten geprägten „gesellschaftlichen Hauptstroms" bewegen. Da die Mehrzahl der Betroffenen unter eher schlechten Bedingungen lebt als die Mehrheitsbevölkerung, ist nicht davon auszugehen, dass sie psychisch gesünder sind. Tendenziell kann eher beobachtet werden, dass sowohl diese Personengruppe psychotherapeutische Dienste in geringerem Maße aufsuchen – nach dem Motto „Was sollen wir da? Gibt es da etwas für uns?". Ebenso fällt auf, dass die psychotherapeutischen Dienste sich nicht zuständig fühlen – nach dem Motto „ Was sollen wir für die tun? Die sind uns zu fremd!". Dies dürfte nicht nur für Psychotherapie im engeren Sinne, wie sie durch das KV-System angeboten wird, gelten, sondern auch für die große Zahl komplementärer Servicedienste, in denen auch für die Mehrheitsbevölkerung in großem Umfang psychotherapeutischer Service angeboten wird.

Dr. Thomas Hegemann, Bayrisches Zentrum für transkulturelle Medizin, Sandstr. 41, 80335 München

Es gilt sich also der Frage zu stellen: Welchen Kriterien muss Psychotherapie gerecht werden, um Menschen zu erreichen, die nach anderen kulturellen Fahrplänen durch ihr Leben reisen, als die Mehrzahl der Professionellen im psychotherapeutischen Feld? In diesem Beitrag sollen dazu Konzepte und Perspektiven vorgestellt werden. Im Vordergrund der gegenseitigen Wahrnehmung steht für beide Seiten die Fremdheit. Man beobachtet Verhaltensweisen beim anderen, die ungewohnt sind und in der jeweiligen Situation als nicht angebracht erlebt werden. Meistens wird diese Fremdheit dann kulturell erklärt. Soziale, gesellschaftliche, berufliche, religiöse oder auch ethnische Kulturen werden gerne als Beispiele genannt, um Fremdheiten anschaulich zu machen. Kultur ist aber etwas, das schwer zu erklären ist. Zahlreiche Definitionen werden in der Literatur angeboten, um Kultur zu erklären. Sie alle beschreiben wesentliche Aspekte von Kultur. In diesem Zusammenhang geht es aber nicht um kunsthistorische oder religionsphilosophische Dimensionen, sondern um eine Perspektive, die den Umgang mit Klienten in therapeutischen Settings erleichtern soll. Daher möchte ich eine Definition von Kultur anbieten, die einerseits der allseits zu beobachtenden kulturellen Dynamik und Veränderung gerecht wird und andererseits Kultur in einen sozialen Rahmen setzt.
Solche Kontexte und Lebenszusammenhänge können sein:

ein städtischer oder ländlicher Lebensraum, eine spezifische Familienorganisation, Sprache, Religion, Erziehung und Ausbildung sowie sexuelle Orientierung, Alter, Geschlecht, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Status, Hautfarbe, politische Ausrichtung sowie Migration und Akkulturation sein. Solche Kontexte bestimmen nicht nur, wie wir kulturelle Haltungen erlernen – also wie man was macht – sondern in gleicher Weise wie wir diese Haltungen in der Interaktion mit anderen weiterentwickeln – also wie man jetzt was macht.

Dies gilt nicht nur für alltagspraktisches Verhalten, wie Grüßen, Essen, dem Umgang mit dem anderen Geschlecht, mit Jüngeren oder Älteren. Es gehört in gleicher Weise zum emotionalem Ausdruck, wie mit körperlichem oder seelischem Leid umzugehen ist, welche Emotionen als angemessen gelten, wie Nähe und Distanz – sei es innerhalb der Familie oder gegenüber Fremden – zu regeln ist. Genauso unterliegt auch professionelles Verhalten kulturellen Werten und Einschätzungen – was gilt als gesund, was als krank? Wie ist Fürsorge, Behandlung oder Therapie angemessen zu betreiben? Wann sind professionelle, wann spirituelle Vorgehensweisen angemessen?

Konsequenterweise folgt aus dieser Herangehensweise die Vorstellung, dass die Komplexität von Kultur nur verstanden werden kann, wenn die relevanten sozialen und ökonomischen Kontexte – die aktuellen wie die vergangenen – berücksichtigt und die dynamische Entwicklung kultureller Umfelder beachtet werden.

Auch wenn im Umgang mit Migranten, auch anderen Minoritäten die kulturellen Unterschiede vorrangig imponieren, ist für eine professionelle Beratung die Beachtung der Lebenswirklichkeiten, in der die Klienten aktuell leben und zuvor gelebt haben, von zentraler Bedeutung.

Orientierende Schwerpunkte zu Lebenswirklichkeiten:

- Wie sind die Betroffenen in Netzwerke eingebunden (Familie, Freunde, Nachbarschaft, Arbeitskollegen, religiöse Gemeinschaften, Vereine, Parteien etc.) ?
- Wie sind die aktuellen Lebensbedingungen (Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Sprache, Gesundheitsversorgung, etc.) ?
- Wie ist der Migrationsstatus der Betroffenen und ihrer Familien (Situation: rechtlich, psychologisch, gesundheitlich, Identität, Anpassung etc.) ?

Der hier vorgeschlagene Ansatz geht davon aus, dass professionelle Beratung nur wirksam sein kann, wenn Professionelle sich mit den Lebenswirklichkeiten ihrer Klienten vertraut machen und die lokalen Strukturen kennen. Nachdrücklich muss darauf hingewiesen werden, dass die Mehrzahl der Migranten und derer Minoritäten unter sozial unterprivilegierten Bedingungen leben und daher mit den gleichen Belastungen zurecht kommen müssen, wie vergleichbare Gruppen der angestammten Bevölkerung. Die „Kultur“ der Unterprivilegierung mit allen ihren Begleiterscheinungen wie Arbeitslosigkeit, Armut, schlechte Wohn-, Gesundheits- und Bildungsvoraussetzungen sind für viele Betroffene weit einschneidender als kulturelle Fremdheit. Sie potenzieren sich in ihren sozialen Auswirkungen auch noch.

Neben den sich daraus ergebenen sozialpsychiatrischen Notwendigkeiten erfordern Migranten und Minoritäten eine Berücksichtigung der für sie besonderen Bedingungen. Professionelle sollten vertraut sein mit:

- den für die jeweilige Region typischen Wanderungsbewegungen und den häufigsten Minoritäten- und Migrantenbevölkerungen,
- den psychologischen Dimensionen und Anpassungsprozessen von Migration für Individuen und Familien. Auch wenn in der soziologischen Literatur basierend auf der Stresshypothese Migration tendenziell als Belastung beschrieben wird, kann nicht nachdrücklich genug hervorgehoben werden, dass Migration durch die Zugriffsmöglichkeiten auf verschiedene kulturelle Lösungsmodelle für viele Menschen auch Chancen bietet.
- psychologischen Folgen von Minoritätensituation und Diskriminierung. Persönliche oder kollektive Erfahrung von Diskriminierung und offenem oder institutionellem Rassismus erklären Vorbehalte, die für beide Seiten beziehungsgestaltend sein können. Hier gilt es, bei realistischer Einschätzung gesellschaftlicher Wirklichkeiten, Rassismus als ein kulturübergreifendes Phänomen anzuerkennen und damit aufmerksamer umzugehen.
- Grundkenntnissen der jeweiligen Ausländergesetzgebung. Rechtliche Einschränkungen stellen für viele Beratungssettings einen höchst relevanten Kontext dar – am augenfälligsten in der Suchtberatung.

System und Konstruktion

Ausgangslage des hier vorgestellten Denkmodells ist die konstruktivistische Erkenntnis, dass unser Wissen über die Welt nicht objektive Wirklichkeiten beschreibt, sondern unsere Bemessungs- und Beurteilungskriterien zum Ausdruck bringt und Auskunft über unser soziales oder kulturelles Referenzsystem gibt. Wissen ist demnach weniger Ergebnis eines Suchens und Findens ,sondern eher eines Erfindens und Konstruierens innerhalb dieser Referenzsysteme. Unterschiedliche Verständnisse und Sichtweisen über seelisches und soziales Leiden führen so zu unterschiedlichen Herangehensweisen und Annährungen an Klienten oder ihren Familien.

Dieses systemische Denkmodell lädt dazu ein, Erzählungen (narratives) über Bedeutungen (meanings) eine Priorität einzuräumen. Der zentrale Appell dieses Denkansatzes ist es, sich in beraterischen oder therapeutischen Settings über die prozessuale Entwicklung von Geschichten, Mythen, oder Erinnerungen in einem konkreten soziokulturellen und historischen Kontext auszutauschen. Diese Herangehensweise ermöglicht eine Haltung des Respekts und der Eröffnung von Optionen für Verhaltensän-

Ausgangslage des hier vorgestellten Denkmodells ist die konstruktivistische Erkenntnis, dass unser Wissen über die Welt nicht objektive Wirklichkeiten beschreibt

Kultur stellt für uns alle den Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen dar, welche einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln und zwar in Abhängigkeit von unserer Teilhabe an unterschiedlichen Kontexten (nach Falicov)

Es ist hilfreich, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass das zentrale Thema in beraterischen und therapeutischen Kontexten Versagen und Misserfolg ist.

derungen, selbst dann, wenn den Professionellen nicht alle Dimensionen persönlich verständlich erscheinen. In diesem Sinne lässt interkulturelle Kommunikation nur deutlich werden, was in der intrakulturellen Kommunikation (Kommunikation zwischen Menschen innerhalb der selben Kultur) verborgen scheint, dort aber nicht weniger relevant ist.

Haltung der anteilnehmenden Neugier

Von Beratern und Therapeuten selbst wahrgenommene kulturelle Unterschiede und Übersetzungsschwierigkeiten anzusprechen, eröffnet die Möglichkeit, sich als aufmerksam für dieses Thema einzuführen. Es obliegt dann den Klienten, darüber zu befinden, welche Relevanz sie diesen zumessen. Auch für transkulturell Interessierte und Aufmerksame ist es unmöglich, alle Kulturen und ihre reichhaltigen Fassetten zu kennen. Die Haltung der anteilnehmenden Neugier lädt Menschen, die Erfahrung mit Rassismus und anderen Formen von Diskriminierung gemacht haben, oder die aus anderen Gründen Vertrauensvorbehalte haben, dazu ein, sich mehr über Wertsysteme, Traditionen und Emotionen auszutauschen und zu reflektieren.

Es ist hilfreich, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass das zentrale Thema in beraterischen und therapeutischen Kontexten Versagen und Misserfolg ist. Sich selbst erzählte Geschichten, die sich jahrelang, häufig sogar über mehrere Generationen hinweg als hilfreich und unterstützend erwiesen haben, können in einer sich verändernden Umwelt nicht mehr passend sein (siehe Beitrag Sluzki). Kaum jemand erlebt dies so direkt wie Migrantinnen und Migranten in ihren Familien.

Verschiedene Generationen und Geschlechter beteiligen sich dann an unterschiedlichen Diskursen, die vielfach neue Entwicklungen einleiten können, in ungünstigen Fällen aber nicht mehr kompatibel sind. Psychische Krankheiten können da eine Möglichkeit des Auswegs sein, andere sind Delinquenz, Sucht, Suizidalität oder andere Formen des Abbruchs von Beziehungen.

Bestimmte Fragenkomplexe bewähren sich, um Patienten, die schwierige Situationen beklagen, zu neuen Perspektiven einzuladen:

- Welche Ausnahmen gibt es zu Ihren Erfahrungen, wegen Ihrer kulturellen Werte in Schwierigkeiten mit anderen Menschen zu geraten?
- Von welchen Menschen in Ihrem Leben haben Sie welche Kenntnisse und Fähigkeiten gelernt?
- Zu welchen Reaktionen laden Sie andere Menschen durch Ihre Verhaltensweise und Ihre Gewohnheiten ein? Sowohl die Menschen aus der Ihnen vertrauten wie die einer Ihnen fremden Kultur?
- Was mögen die Erwartungen und Erfahrungen der anderen mit Ihrem Verhalten sein?
- Was würde sich verändern, wenn Sie selber von anderen als den bisherigen Annahmen ausgehen würden?
- Wie würden Sie dann handeln und welche Ressourcen könnten Sie aus unterschiedlichen Kontexten mobilisieren?
- Welche bewährten Rezepte der Vergangenheit könnten wiederbelebt werden, die schon lange aufgegeben wurden?
- Welche neuen Lösungen könnten daraufhin auftauchen?

Vertraute Rituale können genutzt werden, und es kann zum Experimentieren mit neuen eingeladen werden. Erzählerische Konstruktionen bleiben auf diese Weise im Fluss und offen für die Veränderlichkeit und Dynamik der Zeitumstände und stellen so die emanzipatorischste Form der Unterstützung dar.

Die Fähigkeit, kontext- und kultursensibel kommunizieren zu können, erfordert Aufmerksamkeit für die sozialen Dimensionen des Lebens und psychischen Leidens. Migranten und Menschen in einer ethnisch/kulturellen Minderheitensituation leben in Kontexten, die zusätzliche Anforderungen stellen – aber auch Chancen bieten. Über Fachkompetenz der eigenen Branche hinaus erfordert der effektive Umgang mit dieser wachsenden Klientel eine interkulturelle Kompetenz, die folgenden Voraussetzungen genügen sollte.

Abstract

Psychotherapie mit Migranten und kulturellen Minoritäten kann nur gelingen, wenn Professionelle eine Konzeption für den Umgang mit kultureller Fremdheit entwickeln. Systemische Modelle bieten sich dazu in besonderer Weise an, da sie Verhalten aus Kontexten heraus verstehen und eine Grundlage bieten, Kultur als gemeinsam erzählte Geschichte zu verstehen.

- Bereitschaft von Professionellen, über die eigene Person und Position zu reflektieren und sich darüber klar zu werden, dass Selbstbeschreibungen nicht losgelöst von kulturellen Umfeldern sind.
- Bereitschaft, eigenes Wissen über Werte und Ansichten der Kulturen, mit denen man am häufigsten zu tun hat, zu erweitern.
- Bereitschaft, über dieses Wissen zu reflektieren, um nicht stereotypen Vorstellungen zu erliegen.

Auch die interessiertesten Mitarbeiter psychosozialer Einrichtungen können nicht in allen kulturrelevanten Fragen kundig sein. Um selber ein komplexeres Bild über die Wechselwirkungen zwischen kulturellen Werten und gesundheitlichen und sozialen Belastungen zu entwickeln, ist eine Haltung der respektvollen Neugier die beste Voraussetzung. Denn Neugier hat viele Funktionen in therapeutischer – speziell in kulturübergreifender Arbeit: Sie zeigt Respekt, sie eröffnet neue Informationen und sie ermöglicht gemeinsame Suchprozesse!

Literatur:

Hegemann, T. / Salman, R. (2001). Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Schlippe, A. v., El Haschimi, M. & Jürgens G. (2003). Multikulturelle Systemische Praxis. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Radice J. , Eimmermacher H. & Lanfranchi A. (2004) Interkulturelles Denken und Handeln, Weinheim: Beltz Verlag

Internet:
www.systemische-gesellschaft.de
www.istob.de
www.bayzent.de

Vielen Patienten droht die Abschiebung in die Heimat

Ausländerrechtliche Vorgaben spielen bei Straftätern oft eine wichtige Rolle / Psychisch kranke Menschen im Maßregelvollzug

Von Klaus Hoffmann

Die transkulturelle Psychiatrie entwickelt sich im Spannungsfeld zwischen psychologischen, politischen, soziologischen, nosologischen und therapeutischen Fragestellungen. In der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie kommt das Spannungsfeld zwischen normativem Recht und individueller Subjektivität hinzu.

In der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) besaßen 2001 bei einem Ausländeranteil von unter 10% genau 24,9% aller ermittelten Tatverdächtigen nicht die deutsche Staatsangehörigkeit, wobei dieser Anteil bei ähnlichem Bevölkerungsanteil 1984 noch 16,6%, 1993 allerdings 33,6% betragen hatte (PKS Berichtsjahr 2001: 107). Die PKS erfasst die von der Polizei bearbeiteten rechtswidrigen Taten einschließlich der vom Zoll bearbeiteten Rauschgiftdelikte. Nicht enthalten sind Ordnungswidrigkeiten, Staatsschutzdelikte und Verkehrsdelikte. Diese Daten dürfen somit nicht mit der tatsächlichen Kriminalitätsentwicklung gleichgesetzt werden. Sie lassen auch keine vergleichende Bewertung der Kriminalitätsbelastung von Deutschen und Nichtdeutschen zu. Sie belegen aber die bis 1993 besonders schnell angewachsene und immer noch beträchtliche Anforderung an die Polizei (kompliziertere Rechtslage, Sprachprobleme, Identifizierungsschwierigkeiten bei vielen ausländischen Tatverdächtigen usw.). Bei der Tatverdächtigenentwicklung wirken sich auch demografische Einflüsse aus (Wanderungen ins und aus dem Ausland, Einbürgerungen, Jahrgangsstärken der jungen Menschen).

Die sehr hohen Tatverdächtigenanteile von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bei Straftaten gegen Ausländer- und Asylverfahrensgesetz sowie bei Urkundenfälschung hängen mit illegaler Einreise und dem Aufenthaltsstatus zusammen. Überdurchschnittlich sind nichtdeutsche Tatverdächtige in den alten Ländern mit Berlin jedoch auch bei gravierenden Gewaltdelikten wie Raub (35,3%, 2000: 37,4%), Mord und Totschlag (35,1%, 2000: 34,4%) sowie Vergewaltigung und sexuelle Nötigung gemäß §§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB (34,1%, 2000: 36,0%) vertreten. Hier schlagen sich u.a. die Unterschiede in der Alters- und Sozialstruktur sowie in den Wohn- und Lebensverhältnissen zwischen Deutschen und den sich hier aufhaltenden Nichtdeutschen nieder. Kriminologisch ist ein ähnlicher Befund, die extrem hohe Mordrate bei der verarmten schwarzen Bevölkerung in den USA, ausführlich beschrieben (Meloy 1992). Weit unter dem Durchschnitt liegen die Tatverdächtigenanteile Nichtdeutscher dagegen z.B. bei Wettbewerbs-, Korruptions- und Amtsdelikten, Brandstiftung/Herbeiführen einer Brandgefahr, Verletzung der Unterhaltspflicht, Straftaten gegen die Umwelt, Sachbeschädigung oder Veruntreuungen. Die Befunde der PKS entsprechen den Häufigkeitszahlen im Strafvollzug: Waren 1970 nur 2,9% aller Inhaftierten Ausländer, 1987 10,8%, so waren es 1998 24,6% (Bammann 2001: 92).

Befunde aus der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie

Die erste versorgungs-epidemiologische Übersicht über die 865 im Zeitraum von zehn Jahren (1.1.1991 bis 31.12.2000) im Oberlandesgerichtsbezirk Karlsruhe aufgenommenen forensischen Patienten zeigt, dass der Migrantenanteil deutlich höher ist als in der Bevölkerung (Hoffmann 2003). Frühere Erhebungen in forensischen Abteilungen in den 1980-er Jahren hatten einen Ausländeranteil von 4% in der Weissenau (Missenhardt 1990), 3% für Lippstadt (Schumann 1987) und 0% für Berlin (Dessecker 1997) ergeben. Umgekehrt liegt der Migrantenanteil in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen unter dem Bevölkerungsanteil (Holzmann et al. 1994, Haasen et al. 1997, Beck & Hoffmann 1997, Wolfersdorf 1997, Wolfersdorf et al 1999). Eine Ursache für diese Diskrepanz kann darin bestehen, dass das allgemeinpsychiatrische Netz mit seinem Angebot gerade für Migranten deutlich lückenhaft ist – immerhin leiden überdurchschnittlich viele der forensisch eingewiesenen Migranten an psychotischen Erkrankungen.

Anteil an Persönlichkeitsstörungen eher niedrig

Der eher niedrige Anteil der an Persönlichkeitsstörungen und an Abhängigkeitserkrankungen leidenden Patienten deutet auch auf gutachterliche Phänomene hin: Wahrscheinlich werden bei Migranten mit diesen Fragestellungen seltener forensische Gutachten beauftragt, ferner behindern Sprachprobleme klare diagnostische Festlegungen und schränken die praktische Eignung für stationäre forensische Psychotherapien im deutschen Maßregelvollzug ein.

Relevant ist, dass die rechtlichen Rahmenbestimmungen der beiden deutschen Unterbringungs-Paragraphen (§§ 63 und 64 StGB) durchaus verschieden sind: Die Unterbringung eines Rechtsbrechers, der aufgrund seiner Suchterkrankung delinquierte, erfolgt unabhängig von seiner Schuldfä-

Dr. Klaus Hoffmann, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Chefarzt der Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Feuersteinstr. 55, 78479 Reichenau

Die internalisierten nationalen Stereotypien geschehen auch zwischen Mitarbeitern und Patienten, gerade auch was die Beziehungen und Rollenverteilungen zwischen den Geschlechtern betrifft

Abstract

Obgleich in Deutschland bisher keine entsprechenden Arbeiten veröffentlicht wurden, spielt die psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit mit Migranten in der stationären forensischen Therapie eine größere Rolle als in der Allgemeinpsychiatrie. Vielen Patienten droht die Abschiebung, durchaus nicht wenige wollen nach dem Scheitern ihres biographischen Entwurfes auch schnell in ihr Heimatland zurück. Der Aufsatz zeigt kriminologische Befunde und referiert die Ergebnisse der ersten Erhebung im Maßregelvollzug. Im klinischen Alltag steht die Durcharbeitung von Traumatisierungen im Vordergrund.

higkeit, sie wird aber nicht durchgeführt, „wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.“ (§ 64 StGB, Absatz II) Der Täter kann sich vor Gericht eher für eine Therapie oder eher für eine Strafe aussprechen, ferner kann bei Aussichtslosigkeit auch eine bereits begonnene Therapie in eine Strafe, damit eine Verlegung in eine Justizvollzugsanstalt, umgewandelt werden. Die Unterbringung eines Rechtsbrechers nach § 63 StGB setzt eine erheblich verminderte (§ 21 StGB) oder aufgehobene (§ 20 StGB) Schuldfähigkeit voraus, sie fragt nicht nach der Therapierbarkeit, sondern ausschließlich nach der Krankheit. Bei aussichtslosen Verläufen kann die forensische Einrichtung zwar die Psychotherapie beenden, muss aber den Patienten behalten. Dann steht der Sicherungs- und Verwahrungsauftrag im Vordergrund.

Multikulturelle Gruppen in forensischer Psychiatrie Realität

Im stationären forensischen Alltag leben Einheimische, Aussiedler und Ausländer als Patienten eng zusammen, sehen sich in der Arbeitstherapie, beim Essen und Waschen, in der Gruppentherapie. Die Identifizierungen und Vorurteile prallen aufeinander, häufig wurden Delikte mit fremdenfeindlichem Hintergrund vor der Einweisung begangen. Das „draußen“ oft gewaltsame Ringen um Anerkennung wird nun im therapeutischen Rahmen ausgehandelt (Scholz 2001: 135). Gesellschaftliche Machtverhältnisse und Vorurteile widerspiegeln sich schnell in „multikulturellen“ Gruppen, wie sie in der forensischen Psychotherapie Realität sind. „Nach der Hühnerhof-Hackordnung pickt der Vorletzte den Letzten am heftigsten. Die Konkurrenz um knappe – und immer knapper werdende – Ressourcen verleitet die deutschen Drogenabhängigen – wie auch andere deutsche Randgruppen – zu ausländerfeindlichen Äußerungen und Handlungsweisen. Hinzu kommt noch ein Bedrohungsgefühl, weil der Gruppenzusammenhalt bei den süchtigen Migranten sehr viel stärker scheint. Und wenn man sich in der Gruppe stark fühlt, scheint auch die Gewaltbereitschaft höher. Viele Drogenarbeiter berichten über die rassistischen Sprüche ihrer deutschen Klientel und die heftigen Gegenreaktionen der Migranten.“ (Gaitanides 1998: 69-70)

Die internalisierten nationalen Stereotypien geschehen auch zwischen Mitarbeitern und Patienten, gerade auch was die Beziehungen und Rollenverteilungen zwischen den Geschlechtern betrifft (unsere italienischen Patienten, die sich im Haushalt verwöhnen lassen, andere ausländische Patienten, die sich von Frauen als Mitarbeiterinnen nichts sagen lassen). Die zentrale Bedeutung der Gegenübertragung in der forensischen Psychotherapie fokussiert sich im Umgang mit Migranten nochmals. „Vieles in den früheren Anschauungen über Ethnie wurde in individueller psychodynamischer Psychotherapie formuliert. Ethnie wird dort im allgemeinen als Hindernis im Behandlungsverlauf betrachtet. So dachte man, dass die Ethnie eines schwarzen Patienten und die potentiell voreingenommene Einstellung eines weißen Therapeuten sich hemmend auf die Behandlung auswirken könnte.“ (Salvendy 2001: 100) Gespaltene Identifikationen (deutsch – russich; Unterdrücker – Unterdrückte) sind schmerzhaft, aber therapeutisch gerade bei ausreichender Zeit gut zu nutzen (Mahler-Bungers 2002), wobei Therapeuten und Pflegende meist „Einheimische“ sind, die in der Position der Dorfbewohner in Kafkas „Schloss“ Misstrauen, Rivalität, Eifersucht und Faszination gegenüber den „Eindringlingen“ empfinden.

Konzept der Gegenübertragung

Das psychoanalytische Konzept der konkordanten und komplementären Gegenübertragung (Racker 1982) ist gerade in der forensischen Psychotherapie mit Migranten wichtig. Ethnozentrismus, psychologisch wohl überwiegend aus Sicherheitsbedürfnissen entstehend, existiert auch bei Therapeuten und Pflegenden. Aber auch maligne Kollusionen bei gleichen kulturellen Hintergründen von Therapeut und Patient sind eindrucksvoll beschrieben (Hegeman 1995: 844). „Ein konkretes Beispiel aus der eigenen Beratungsarbeit ist der Fall eines jungen Mannes aus Afrika, der nur die Grundschule abgeschlossen hatte, aber die Rassenfeindlichkeit der Deutschen für die Verweigerung eines Studienplatzes an einer Ingenieurfachhochschule verantwortlich machen wollte. In den Beratungsgesprächen beschwerte er sich ständig über diese unfaire Behandlung und versprach Rache gegen seine Unterdrücker. Sein Sozialarbeiter stellte nun diese Einschätzung überhaupt nicht in Frage, sondern ging in undifferenzierter Weise davon aus, dass Rassenvorurteile die Ursache sämtlicher Probleme des Klienten seien...“ (Cropley & Lüthke 1999: 29-30).
Migranten-spezifische Fragestellungen spielen schon rein quantitativ eine bedeutendere Rolle als in der Allgemeinpsychiatrie. Qualifizierte einzelfallbezogene Rechtsberatung, Sprach- und anderer Unterricht einzeln sowie in Gruppen, die komplexe Eingliederung ins Arbeitsleben gehören zu den sozialpsychiatrischen Aufgaben. Vor allem in den Gruppenpsychotherapien prallen die Erwartungen und Vorurteile der „Einheimischen“ gegen die „Zugereisten“ und umgekehrt aufeinander und werden in den jeweiligen Identifizierungen bearbeitet. Hierzu gehört die psychotherapeutische Durcharbeitung migrantenspezifischer Traumatisierungen, vor allem bei Flüchtlingen und Aussiedlern, ebenso die Analyse der Gegenübertragung bei den meist „einheimischen“ Therapeuten und Pflegenden. Die Ausweisung bei gravierenderen Delikten kann oft nicht abgewandt werden, wobei im Laufe der Behandlung viele Migranten sich nicht nur damit abfinden, in ihr Heimatland zurückkehren zu müssen, sondern dies dezidiert wünschen und mit therapeutischer, sozialarbeiterischer und pflegerischer Hilfe vorbereiten. Die Herausforderungen an transkulturelle Kompetenz, wie sie unter anderem die Sonnenberger Erklärung formuliert (Kerbe 4/2003), stellen sich so im Maßregelvollzug in besonderer Weise dar.

Literatur beim Autor

Von der Schwierigkeit, im Alltag Normalität zu gestalten

Menschen mit psychischen Behinderungen sind zufrieden, wenn sie „so normal" wie möglich leben können

Von Sandra Menk und Christian Schrapper

Menschen mit psychischen Behinderungen sind zufrieden, wenn sie „so normal" wie möglich leben können. Auf den ersten Blick wenig überraschend, ist dies der zentrale Befund einer Studie über die Zufriedenheit von Menschen mit ihrer Betreuung und Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen, über die hier berichtet wird. Gezeigt werden soll aber auch, welche auf einen zweiten Blick nicht so selbstverständlichen Befunde und Perspektiven diese Untersuchung noch erkennen lässt.

Auftraggeber der Studie war die Stiftung „Bethesda-St. Martin", ein Träger von 38 Einrichtungen mit ambulanten, teilstationären und stationären Betreuungs- und Arbeitsangeboten für etwa 350 Menschen mit psychischen Behinderungen im Raum Koblenz. Mit der Unterstützung des zuständigen Sozial- und Gesundheitsministeriums des Landes Rheinland-Pfalz, sollte im Rahmen der Qualitätssicherung für diese Einrichtungen die Zufriedenheit der Bewohner, Klienten und Mitarbeiter der Werkstätten für Behinderte (im Folgenden zusammenfassend „Nutzer" oder „Bewohner" genannt) untersucht werden. Die Untersuchung wurde von der Universität Koblenz als Studienforschungsprojekt unter der Leitung der Professoren Christian Schrapper und Peter Rödler mit insgesamt 18 Studierenden des Diplomstudienganges Erziehungswissenschaft, Studienrichtung Sozialpädagogik und Lehramtstudierenden der Sonderpädagogik zwischen Herbst 2001 und Frühjahr 2003 realisiert.

Zusammenfassend wurde deutlich: Die Zufriedenheit der Bewohner und Nutzer in den Einrichtungen der Stiftung ist grundsätzlich hoch, es gibt jedoch auch Bereiche der Lebens- und Betreuungssituation, die durchaus verbessert werden können. Konkrete Zukunftsvorstellungen, wie die Chance, durch eigene Arbeit Geld verdienen zu können, sind für viele Hoffnung und Perspektive auf ein eigenständiges und normales Leben. Solche Rückmeldungen durch die Nutzer können der besseren Versorgung und Betreuung dienen, wenn sie bei der Qualitätsentwicklung Berücksichtigung finden (Gromann, Petra (1996).

Anlage der Untersuchung

Im Unterschied zu ähnlichen Untersuchungen, durchgeführt und vorgestellt vor allem von Petra Gromann (1999), die Zufriedenheit mittels standardisierter Fragebögen erheben, interessierten uns vor allem die Begründungen und Motive für Zufriedenheit oder Unzufriedenheit. Mit Hilfe von Interviewgesprächen wollten wir uns von den Erfahrungen, Bewertungen und Wünschen erzählen lassen, die die in der Stiftung betreuten Menschen bewegen. Trotz einiger Bedenken haben wir an der Idee qualitativer Interviews als zentrale Erhebungsmethode festgehalten. Vorangestellt haben wir eine quantitative Auswertung relevanter Strukturdaten zur Situation und Betreuung der Klienten.

Mit Hilfe eines standardisierten Erhebungsbogens wurden wesentliche Merkmale der Nutzer (z. B. Alter, Geschlecht, Kinderzahl, Schulabschluss sowie Angaben aus dem einrichtungsinternen Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan und Perspektive der weiteren Betreuung) aus den Klientenakten in anonymisierter Form abgefragt. Die Auswertung dieser Daten diente einer differenzierten Beschreibung zentraler Merkmale der Bewohner. Damit wurde die Grundlage für eine begründete Auswahl der Interviewpartner geschaffen. Insgesamt wurden 339 Erhebungsbögen ausgewertet. Um nun zu einer repräsentativen Auswahl für die Interviews zu kommen, haben wir nach Nutzer-Gruppen gesucht, die sich vor allem durch die Situation und Perspektive ihrer Betreuung deutlich voneinander unterscheiden. Insgesamt konnten sechs solcher Gruppen identifiziert werden, die sich vor allem durch ihre Selbständigkeit und Betreuungsintensität unterschieden. Dies war die Grundlage für die Auswahl der Interviewpartner.

Qualitative Interviews

Im qualitativen Teil der Untersuchung wurden mittels halboffener, leitfragengestützter Interviews mit insgesamt 35 Bewohnern über die Themen Arbeit, Wohnen, soziale Kontakte, Betreuung, finanzielle Situation und Zukunftswünsche gesprochen. Alle Gespräche wurden in den Räumen der Einrichtungen durchgeführt, teilweise in den Zimmern der Nutzer, Mitarbeiter der Einrichtungen waren nicht anwesend. Die Analyse der Gespräche machte deutlich, dass es vier Faktoren sind, die das komplexe Konstrukt „Zufriedenheit" ausmachen. Im Folgenden werden die Faktoren detaillierter erläutert und zur Verdeutlichung mit Passagen aus den Interviews kommentiert. Es handelt sich hierbei um ausgesuchte Zitate, nicht um repräsentative Aussagen.

Faktoren für Zufriedenheit

Faktor Normalität und Autonomie: Viele Menschen haben vor Beginn ihrer Krankheit eine Vorstellung davon gewonnen, wie ein „normales" Leben gestaltet

Prof. Dr. Christian Schrapper und Sandra Menk, studentische Hilfskraft, Universität Koblenz, Fachbereich 1: Bildungswissenschaften, Institut für Pädagogik/ Abteilung Pädagogik, Tel. 0261/ 287- 1864, E- Mail: schrappe@uni-koblenz.de

Für die Normalitätserwartungen spielen neben der Tagesstruktur vor allem die Wohnsituation und soziale Kontakte eine wichtige Rolle

werden kann. Dies ist mit Planungen und Wünschen für das eigene weitere Leben verbunden. Die Vorstellungen über Normalität orientieren sich also vor allem an einem Leben vor der Krankheit und außerhalb der Einrichtung. Normalität wird für ein Leben „unter“ Betreuung vor allem an der Tagesstruktur und Zeiteinteilung festgemacht. Je „normaler“ der Tagesablauf mit geregelter Zeiteinteilung ist, umso größer auch die Normalität in einer Einrichtung. „Mir hat Bethesda sehr geholfen, weil ich habe hier gelernt, eine Struktur zu haben, also mit Regelmäßigkeit in die Küche gehen, und zum Arbeiten, also das hat alles seinen Rhythmus in dem Sinne, ja. Und der Rhythmus, der ist bei mir einfach so, habe ich dazu geschenkt bekommen zum Wohlbefinden“ (männlich, 33 Jahre, Wohnheim).

Für die Normalitätserwartungen spielen neben der Tagesstruktur vor allem die Wohnsituation und soziale Kontakte eine wichtige Rolle. Der Wunsch nach einer eigenen Wohnung und nach sozialen Kontakten außerhalb der Einrichtung ist groß und wird vielfach zum Maßstab für Selbständigkeit. Viele der Befragten gaben an, dass sie innerhalb der Einrichtung soziale Kontakte pflegen und außerhalb die Familie ein wichtiger Bezugspunkt ist. Der Wunsch nach Kontakt zu „Gesunden“ wurde mehrmals erwähnt. Von ganz wesentlicher Bedeutung ist hierbei die Arbeit, sie wird als Ausdruck von Eigenständigkeit und Normalität gesehen. „Durch Arbeit erreicht man Selbstbewusstsein und Wohlstand. Ich weiß am Ende des Tages, was ich getan habe, ich kann in den Spiegel schauen“ (männlich, 25 Jahre, Offene Hilfen). Die Arbeit bietet den Klienten eine feste Tagesstruktur, der Tag wird in „Arbeit“ und „Freizeit“ eingeteilt, wie bei den Menschen, die nicht psychisch krank sind, also wieder ein Stück Normalität. Die Nutzer gaben an, dass es für sie wichtig ist, ihre Freizeit so gestalten zu können, wie sie wollen. Die Einrichtungen bieten regelmäßig Freizeitangebote an, die von den Klienten teilweise auch genutzt werden.

„Durch Arbeit erreicht man Selbstbewusstsein und Wohlstand. Ich weiß am Ende des Tages, was ich getan habe, ich kann in den Spiegel schauen“

Die eben genannten Aspekte Wohnen, soziale Kontakte, Arbeit, Freizeit und Kultur, spielen für die Selbstbestimmung eine wichtige Rolle. Die Klienten wünschen sich hier möglichst viel Gestaltungsrecht. Allerdings geraten Normalitätswünsche und Autonomieerwartungen bei Menschen mit psychischen Behinderungen schnell in Widerspruch zu ihren Potentialen und der Realität ihrer aktuellen Lebenssituation. Dies ist Teil ihres „Krankheitsbildes“. So sehr diese Widersprüche und Spannungen ein Merkmal ihrer Beeinträchtigungen sind, so bedeutsam ist es für sie, trotzdem Chancen zur Selbstbestimmung und damit Zugang zu Normalität zu erhalten oder zurück zu gewinnen.

Faktor Versorgung und Schutz: Zwischen Versorgung/Schutz und Normalität/Autonomie besteht ein „natürliches“ Spannungsverhältnis: Die Versorgung soll ausreichend, aber gleichzeitig nicht entmündigend sein, es soll ihnen nicht zuviel abgenommen werden. „Mir ist halt eigentlich wichtig, dass ich weiß: einmal die Woche kommt jemand vorbei“ (männlich, 28 Jahre, Betreutes Wohnen). Folgendes Beispiel aus einem Interview macht das Problem der Spannung zwischen diesen Faktoren deutlich: „...ich bin nicht dafür da, die Wohnung in Ordnung zu halten, das ist normalerweise Sache der Heimleitung, das zu arrangieren...(später im Interview)...das ist mein Hauptwunsch, den ich habe, irgendwann innerhalb des nächsten Jahres eine eigene Wohnung, also ganz auf eigenständigen Füßen zu stehen“ (männlich, 41 Jahre, Wohnheim).Einerseits fordert der Befragte genügend Versorgung, so dass er seine Wohnung nicht in Ordnung halten muss, andererseits möchte er im nächsten Jahr auf eigenen Füßen stehen und wäre somit für die Reinigung der Wohnung selbst verantwortlich.

Faktor Transparenz und Akzeptanz: Wichtig ist allen Patienten, dass sie sich erklären können, warum sie in einer solchen Einrichtung leben. Sie müssen und wollen wissen, was mit ihnen „los ist“. Informationen über ihr Krankheitsbild, Zukunftsperspektiven und Heilungschancen sollten ihnen verständlich vermittelt werden. Entscheidungen, die getroffen wurden, müssen verständlich und wenn nötig auch immer wieder erklärt werden. Sie müssen für die Nutzer nachvollziehbar sein. Selbstbestimmung spielt eine wichtige Rolle, es muss aber deutlich sein, wo sie angebracht und sinnvoll ist und wo nicht. Es macht unzufrieden, wenn Menschen nach ihrer Meinung gefragt werden, und das Gesagte dann doch keinen Einfluss auf Entscheidungen hat.

Faktor Perspektive: Entscheidend für die subjektive Zufriedenheit ist, ob eine positive Entwicklung und Veränderung der eigenen Situation gesehen und ob diese konkret erfüllt werden kann. Solche positiven Veränderungen und Entwicklungen werden vielfach an der Arbeitssituation festgemacht: Das „große Ziel“ ist selbständige und besser entlohnte Arbeit, denn sie wird oftmals mit dem „Start“ in ein eigenständiges Leben verbunden. Allerdings ist es wichtig, dass genügend Zeit für die hierfür notwendigen Entwicklungsprozesse vorhanden ist. „Schon wie ich mein Vorstellungsgespräch hier im Haus gemacht habe, habe ich gefragt, wie lange kann ich wohnen bleiben, also so lange wie ich brauche, um halt selbständig zu werden. Weil man kann halt nicht immer alles gleich in 2 bis 3 Jahren aufbauen, was man in Jahren oder Jahrzehnten kaputtgemacht hat“ (männlich, 41 Jahre, Wohnheim). Die Veränderung und die damit verbundene positive Entwicklung darf nicht unter Druck geraten, aber es soll auch keine Zeit „verplempert“ werden, es handelt sich ja um ihre Zukunft.

Normalität ermöglichen

Zufriedenheit ist im Kern eine subjektive Bewertung realer Bedingungen im Lichte persönlicher Erwartungen und Wünsche. So groß die Zufriedenheit mit Leistungen der Stiftung grundsätzlich war, so konkret waren auch Beschwerden und Änderungswünsche Einzelner. Auf den ersten Blick zeigen unsere Untersuchun-

gen also wenig neue oder gar überraschende Befunde: Menschen sind zufrieden, wenn „alles ganz normal ist“. Die befragten Nutzer der Einrichtungen und Dienste der Stiftung äußern deutlich ihre hohe Zufriedenheit, und doch „gibt es was zu meckern“, am Essen, am Ausgang, an den Mitbewohnern oder Kollegen, an den Betreuerinnen und Betreuern, auch das ist „ganz normal“.

Auf den zweiten Blick aber wird hinter dieser grundsätzlichen Zufriedenheit einerseits, und individuellen Unzufriedenheiten und Ärgernissen andererseits, doch eine Herausforderung an die Arbeit mit psychisch kranken Menschen deutlich, die weder selbstverständlich noch altbekannt ist: Wie kann im Alltag immer wieder „Normalität“ ermöglicht, gestaltet und verteidigt werden, wenn die Lebensgeschichten und Lebenssituationen der Menschen mit psychischen Behinderungen so deutlich ‚aus dem Rahmen fallen‘? Abschließend sollen die Befunde und Rückmeldungen nochmals zu fünf zentralen Aspekten zusammengefasst werden, die Hinweise geben wollen, wie in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen subjektive Zufriedenheit gefördert und objektive Qualität entwickelt werden kann.

Schärfen des Blickes: Menschen, die die Einrichtungen und Dienste der Stiftung nutzen, nehmen diese Betreuung in Anspruch, weil sie nicht mehr oder noch nicht normal leben können. Es gilt immer wieder, die Stärken und Potentiale des Einzelnen zu entdecken. Durch die regelmäßige Dokumentation des IBRPs wird diesem Aspekt bereits Rechnung getragen. Die „Ressourcenorientierung“ kann jedoch schnell zu einer leeren Formel verkommen. Um dem entgegenzuwirken, muss immer wieder der Blick für die Normalität hinter der Krankheit geschärft werden. Neben der medizinisch-fachlichen Einschätzung gewinnt in der alltäglichen Begegnung der emotionale Zugang des professionellen Betreuungspersonals erheblich an Bedeutung: Inwieweit ist eine Übertragung der „äußeren Normalität“ auf den Alltag innerhalb der Stiftung möglich bzw. ratsam, um den Bezug zum „normalen“ Leben nicht zu verlieren? Der „geschärfte Blick“ für die Normalitäten hinter der Krankheit oder Behinderung ist im Alltag immer wieder in Gefahr, durch Routine ebenso wie durch professionelle Selbstbehauptung verstellt zu werden. Orte und Arbeitsweisen, die Perspektivenwechsel und Reflexion, Entlastung und Konfrontation ermöglichen, sind daher in dieser immer spannungsreichen Arbeit besonders wichtig.

Normalität im Alltag: Vor allem in den alltäglichen Handlungen und Begegnungen, vom Wecken oder Frühstücken über die Tagesversorgung, Gespräche, Auseinandersetzungen u.s.w. entsteht Normalität. Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Auswertung, dass die gute Versorgung, sowie die den Nutzern entgegengebrachten zuverlässigen und respektvollen sozialen Bezüge innerhalb der Stiftung sehr bedeutsam für die hohe Zufriedenheit der Nutzer sind. Um diesen Standard zu halten, empfiehlt es sich, immer wieder die Qualität von Essen, Wohnen und Versorgung, vor allem aber der alltäglichen Abläufe und Rituale zu hinterfragen.

Normalität in der psychiatrischen Versorgung: Gerade in der medizinischen Behandlung kommt die Nicht-Normalität psychisch kranker Menschen deutlich zum Ausdruck. Hier werden Abhängigkeit und Unselbständigkeit besonders deutlich. Es ergaben sich deutliche Hinweise, dass sowohl Nutzer als auch Mitarbeiter Probleme mit der „Medikamentenvergabe“ und der Art der ärztlichen Betreuung und Behandlung sehen. Daher ist es wichtig, die Faktoren „Transparenz“ und „Akzeptanz oder Respekt“ immer wieder zu reflektieren, und zu überprüfen, ob die unabdingbaren medizinischen und therapeutischen Maßnahmen einsichtig und respektvoll vermittelt und durchgeführt werden.

Die besondere Bedeutung der Arbeit: Für den überwiegenden Teil der befragten Nutzer ist es von großer Bedeutung, einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Arbeit bedeutet hier nicht nur Beschäftigung und Verdienst, sondern vor allem Strukturierung des Tagesablaufes, sie ermöglicht ein gewisses Maß an Unabhängigkeit. Darüber hinaus ist der Arbeitsplatz ein Ort, an dem soziale Kontakte geknüpft und gepflegt werden können. Insgesamt hat die Möglichkeit zur Erwerbstätigkeit einen hohen symbolischen Charakter als Ausdruck von Normalität.

Arbeit bedeutet hier nicht nur Beschäftigung und Verdienst, sondern vor allem Strukturierung des Tagesablaufes, sie ermöglicht ein gewisses Maß an Unabhängigkeit

Umgang mit Spannungen: Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Spannungen und Uneindeutigkeiten in der professionellen Arbeit mit psychisch kranken Menschen normal und unvermeidbar sind. Um den Belastungen im beruflichen Alltag der Fachkräfte zu begegnen, benötigen die Mitarbeiter vor allem stützende Strukturen innerhalb der Einrichtung, die ihnen Zeit und Gelegenheit zur Reflektion, zur zuverlässigen Entlastung und tragfähige und nachvollziehbare Erklärungen ermöglichen. Spannungen zwischen Polen, wie sie hier aufgezeigt wurden, können nicht aufgelöst und dürfen keinesfalls negiert werden; sie müssen ausgehalten und gestaltet werden. Die Verantwortung, tragfähige Strukturen in Arbeitsabläufe für die produktive Gestaltung der skizzierten Spannungen zu ermöglichen, liegt vor allem bei der Leitung der Stiftung. Die Verantwortung, diese Strukturen zu nutzen, hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter.

Ausblick

Die Leitung der Stiftung Bethesda-St. Martin hat sich entschlossen, weitere Befragungen mit den Nutzern ihrer Einrichtungen zu veranlassen. Auf der Grundlage unserer Befunde werden einrichtungsspezifische Fragebögen entwickelt, die eine Bewertung konkreter Betreuungssituationen und Versorgungsleistungen abfragen. Die Mitarbeiter und die Nutzer sind bei der Entwicklung der Instrumente beteiligt. Diese „Fortsetzung“ der Bewohnerbefragung wird ebenfalls von einer Projektgruppe der Universität Koblenz begleitet.

Literatur

Gromann, Petra (1996): Nutzerkontrolle – ein wichtiger Bestandteil von Qualitätssicherung, In: Geistige Behinderung 35 (1996) 3, S. 211- 222

Gromann, Petra (1999): Ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem im Urteil der Patienten und Klienten; In: ZS Psychosoziale Umschau, Psychiatrie Verlag, Bonn 2/99, S. 4-6

Lebst Du schon - oder wohnst Du noch?

Das Integrationsprojekt Wohnen-Arbeit-Freizeit bietet jungen psychisch kranken und behinderten Erwachsenen betreute Wohnangebote

Von Martin Baur-Mainka

Zwischen 1989 und 1992 hat der Caritasverband Rheine im Rahmen des ‚Kleinen' Modellverbundes Psychiatrie (Träger: Bundesministerium für Gesundheit) das Projekt ‚Nachsorgendes Wohnen für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene in Verbindung mit tagesstrukturierenden Hilfen' entwickelt und erprobt. Mittlerweile sind 11 Jahre Regelfinanzierung erreicht, und das ehemalige Modellprojekt ist Teil der Regelversorgung des Kreises Steinfurt/Westfalen. Die Nachhaltigkeit des Projektes wurde jetzt bei der Abschlusstagung des Modellverbundes Psychiatrie ‚Die Priorität ambulanter Versorgung psychisch kranker Menschen: Illusion oder Chance?' in einem Werkstatt-Bericht für den Modellschwerpunkt ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie' deutlich.

Der Kreis Steinfurt ist flächenmäßig mit seinen 1.792 km² der zweitgrößte Kreis des Landes Nordrhein-Westfalen. Von Nord nach Süd sind 54 km ‚Luftlinie' zurück zu legen, von West nach Ost 64 km. Die 440.127 Einwohner verteilen sich auf 10 Städte und 14 Gemeinden. Bei seelisch erkrankten und behinderten jungen Erwachsenen besteht nicht zuletzt auch durch die zögerliche und bundesweit uneinheitliche Anwendung des § 35a im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) ein Mangel an solchen ambulanten Betreuungsangeboten, welche die Bedürfnisse junger Erwachsener nach Verselbständigung und Unterstützung angemessen berücksichtigen. Gerade diese jungen Menschen, die in einer Zeit intensivster Entwicklung von einer schweren psychischen Erkrankung betroffen wurden, haben nach der Entlassung aus klinischen oder anderen stationären Angeboten viele wichtige Entwicklungsaufgaben auf einmal nachzuholen:

- es geht um die Ab-Lösung aus unpassenden Bindungen (Klinik, Therapeut, Elternhaus),
- eine erwachsene Identität, die die Krankheitserfahrung und evtl. verbleibende Behinderungen einbezieht, muss entwickelt werden,
- ein beruflicher Selbstfindungsprozess (Schule, Ausbildung, Beschäftigung) vor dem Hintergrund gescheiterter Erfahrungen, überhöhter eigener Erwartungen oder solcher der Umgebung muss ‘angestoßen’ werden, und
- ein verlässlicher Beziehungsrahmen in Betreuung und Freizeit soll die bislang erlebte Brüchigkeit in den Beziehungen zu sich und anderen allmählich ersetzen.

Ganzheitlicher Hilfeansatz ist notwendig

Nur ein Betreuungskonzept, das sich am Alltag junger Erwachsener orientiert (Wohnen, Arbeit, Freizeit), bietet eine Chance, sich dem übergeordneten Ziel der gesellschaftlichen Integration in den wesentlichen Dimensionen der Lebenswelt Wohnen, Arbeit und Freizeit zu stellen. Aufgrund der beschriebenen rudimentären Vorerfahrungen junger psychisch erkrankter und behinderter Erwachsener in der altersentsprechenden Entwicklung geht es dabei nicht um kurzfristige und/oder isolierte Anpassungs- oder Rehabilitationsschritte.

Für diese Zielgruppe ist ein ganzheitlicher Hilfeansatz notwendig, der über ein stabiles Wohnumfeld und eine kontinuierliche Betreuungsbeziehung die Sicherheit vermittelt, um sich mit persönlichen (z.B. Selbständigkeit, Partnerschaft, Handlungsfähigkeit im Sozialen Feld, Freizeitgestaltung) und beruflichen Entwicklungsschritten auseinandersetzen zu können. Nach 11 Jahren Konzeptentwicklung und Erprobungspraxis im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung stellt sich die Ausgangsfrage, in Anlehnung an den eingängigen Werbespot eines großen schwedischen Möbelherstellers, ‚lebst Du schon oder wohnst Du noch?' aus verschiedenen Perspektiven. Zu aller erst gilt die Aufmerksamkeit den Nutzern und dem ehemals ‚modellerprobten' Fachdienst.

Das Integrationsprojekt und seine Nutzer

Das Integrationsprojekt Wohnen-Arbeit-Freizeit (WAF) unterstützt junge psychisch erkrankte und behinderte Erwachsene im Alter zwischen 18 und 26 Jahren auf der Basis betreuter Wohnangebote bei der individuellen beruflichen Planung und in der Gestaltung des Freizeitbereiches. Den Hilfesuchenden zu unterstützen, bedeutet im Integrationsprojekt, mit jedem einzelnen seine individuellen Ressourcen und Schwierigkeiten zu erarbeiten und gemeinsam Lösungen für Problembereiche zu finden.

Im Kreis Steinfurt wird von der ‚abgebenden Einrichtung/Dienst' zusammen mit dem Klienten im Individuellen Reha- und Behandlungsplan (IBRP) eine ressourcenorientierte Bestandsaufnahme des personenbezogenen Hilfebedarfs festgehalten und der regionalen Hilfeplankonferenz / Clearingstelle zur fachlichen / sozialrechtlichen Entscheidung vorgelegt. Nach der kostenrelevanten Entscheidung des zuständigen Überörtlichen Sozialhilfeträger (hier: Landschaftsverband Westfalen-Lippe) erfolgt die Aufnahme in das Integrationsprojekt WAF und die dauerhafte Fortschreibung des Hilfeplans.

Martin Baur-Mainka, Projektleiter des Integrationsprojektes Wohnen-Arbeit-Freizeit (WAF) im Modellverbund Psychiatrie von 1989 bis 1992, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor, Abteilungsleiter für Soziale Hilfen-Sucht-Psychiatrie im Caritasverband Rheine

Fred K: ein ‚typischer' Klient

Fred K. als ‚virtueller WAF-Nutzer' verdeutlicht das ‚typische' Klientenprofil und den Hilfebedarf: *Fred K. kam im Alter von 20 Jahren über die Psychologische Beratungsstelle (EB) in das Projekt. Nach seinem Realschulabschluss war Fred in eine psychotische Krise gekommen, die stationär im zuständigen Psychiatrischen Landeskrankenhaus behandelt worden war. Trotz ambulanter psychiatrischer Nachsorge und begleitender pädagogischer Unterstützung hatte er dann sowohl die Berufsfachschule als auch eine Ausbildung zum Krankenpfleger abgebrochen. Zunehmend reifte der Entschluss, die eigene Lebenssituation zu verändern und aus dem Elternhaus auszuziehen. In einem Zeitraum von drei Monaten, verbunden mit Einzelgesprächen und WG-Gesprächen, entschied er sich zum Einzug in eine eigene Wohnung und für die Betreuung durch das Integrationsprojekt WAF.*

Nach anfänglichen Schwierigkeiten in der eigenen Wohnung stabilisierte sich Fred K. und baute zu seiner Betreuerin einen tragfähigen Kontakt auf. Im beruflichen Bereich entschied er sich, mit sozialpädagogisch begleiteten Betriebspraktika auf seine grundlegende Entscheidungsunfähigkeit zu reagieren und diese Erfahrungen gemeinsam mit der Betreuerin auszuwerten. Zwischenzeitliche krisenhafte Entwicklungen wurden in enger Kooperation mit dem ambulant behandelnden Facharzt für Psychiatrie aufgefangen. Während der Betriebspraktika wurden die Kontakte zum Örtlichen Arbeitsamt intensiviert.

Fred absolvierte Praktika in einer Gärtnerei und Malerei mit gutem Erfolg. Zu einer schweren Krise kam es, als ihm aufgrund seiner zufriedenstellenden Arbeitsleistungen der Betrieb einen Ausbildungsplatz anbot. Verunsicherung und Ängste, sich festzulegen, waren zunächst die Folge. In den folgenden Monaten wurde Fred K. über intensive Alltagsbegleitung wieder stabilisiert. In Einzelgesprächen kristallisierte sich heraus, dass er die Ausbildung als Maler in dem ihm bereits bekannten Betrieb anstrebte. Im zweiten Lehrjahr als Maler schien Fred K. auf dem besten Wege. Doch persönliche Probleme, konflikthaltige Auseinandersetzungen mit einem Gesellen des Betriebes, Versäumnisse bei der Erstellung von Wochenberichten sowie der Weggang einer Betreuerin häuften sich zu einer Krise, die er nur durch einen stationären Aufenthalt bewältigen konnte. Der Klinikaufenthalt führte zu einer halbjährigen Unterbrechung der Ausbildung. Nach Verhandlungen mit Tagesklinik, Krankenkasse, Ausbildungsbetrieb und Handwerkskammer wurde erreicht, dass Fred K. seine Ausbildung bis zur Zwischenprüfung im Rahmen eines Praktikums in der Malerei der Caritas-Ausbildungsstätten fortsetzen konnte.

Schnittstelle von psychiatrischer, sozialer und beruflicher Integration

An diesem Beispiel wird deutlich, dass das ambulante Integrationsprojekt Wohnen-Arbeit-Freizeit mit den psychisch erkrankten und behinderten jungen Erwachsenen an der Schnittstelle von psychiatrischer, sozialer und beruflicher Integration arbeitet. Neben der personenbezogenen Hilfe in ‚face-to-face-Kontakten' besteht eine weitere wesentliche Funktion der Betreuung in der gemeinwesenorientierten Erschließung alltagsbezogener Hilfen durch Vernetzungstätigkeit in der Re-

An diesem Beispiel wird deutlich, dass das ambulante Integrationsprojekt Wohnen-Arbeit-Freizeit mit den psychisch erkrankten und behinderten jungen Erwachsenen an der Schnittstelle von psychiatrischer, sozialer und beruflicher Integration arbeitet

	2000	2001	2002
Anzahl betreuter Klienten	18	16	15
Belegung	97,76 %	97,53 %	101,76 %
Verteilung nach Geschlecht	9 m; 9 w	6 m; 10 w	6 m; 9 w
Aufnahmen	-	6	9
Entlassungen	4	1	3
Infogespräche	10	6	9
Klientenanfragen über			
a) Medizinische Rehabilitationseinrichtung	-	50 %	6,6 %
b) Psychiatrisches Fachkrankenhaus		25 %	39,9 %
c) Fachärzte	20 %		
d) Selbst	30 %	25 %	
e) psychosoziale Dienste	30 %		
Gesetzlicher Betreuer bestellt	11,11 %	6,25 %	19,9 %
Diagnosestruktur			
a) Borderline-Persönlichkeitsstörungen	29,41 %	31,25 %	20 %
b) Neurose/andere Persönlichkeitsstörungen	23,53 %	18,78 %	33,3 %
c) organische Psychose	5,88 %	6,25 %	6,67 %
d) schizophrene Psychose	11,76 %	25 %	33,3 %
gleichzeitige Suchtproblematik	27,78 %	31,25 %	20 %
Wohnung			
a) Caritaswohnung	37,5 %	25 %	7,69 %
b) Selbstanmietung	56,25 %	75 %	92,31 %
Art des Betreuten Wohnens			
a) Einzelwohnen	56,25 %	75 %	93,33 %
b) WG	37,5 %	18,75 %	6,67 %
c) Paarwohnen	-	6,25 %	-
Lebensunterhalt			
a) regelmäßiges Einkommen	16,7 %	12,5 %	13,3 %
b) Arbeitslosengeld	5,6 %	6,3 %	6,7 %
c) Sozialhilfe	61,1 %	75 %	80 %
d) Krankengeld	5,6 %	6,3 %	6,7 %
e) Unterhalt der Familie	5,6 %	6,3 %	6,7 %
f) sonstiges Einkommen	5,6 %	25 %	46,7 %
Berufliche Ausbildung			
a) ist in Ausbildung	16,7 %	6,3 %	6,7 %
b) Schüler/Student	-	-	6,7 %
c) nicht in Ausbildung, keinen Ausbildungsabschluss	61,1 %	87,5 %	73,3 %
d) Lehre mit Abschluss	5,6 %	6,3 %	13,3 %
e) Berufsschul-/ Handelsschulabschluss	-	-	6,7 %
Arbeitsplatz			
a) kein Arbeitsplatz	50 %	56,25 %	60 %
b) sonstiges	14,29 %	18,75 %	33,3 %
c) WFB	14,29 %	12,5 %	6,67 %
d) regulärer Arbeitsplatz	21,43 %	12,5 %	
gegenwärtiger Erwerbsstatus als Folge der Erkrankung	88,89 %	87,5 %	86,67 %

Tabelle: Einige zahlenmäßige Trends der gesellschaftlichen Integrationsarbeit des WAF-Projektes

Fred absolvierte Praktika in einer Gärtnerei und Malerei mit gutem Erfolg. Zu einer schweren Krise kam es, als ihm aufgrund seiner zufriedenstellenden Arbeitsleistungen der Betrieb einen Ausbildungsplatz anbot

Menschliche Entwicklung verläuft bei jedem von uns, also auch bei diesen jungen Menschen, diskontinuierlich

gion. Menschliche Entwicklung verläuft bei jedem von uns, also auch bei diesen jungen Menschen, diskontinuierlich. Betreuung muss also in Krisen ‚vor Ort', z.B. in der Wohnung der WAF-Nutzer, an ihrem Beschäftigungs- / Arbeitsplatz oder am Wochenende (begrenzte Rufbereitschaft) schnell verfügbar sein, wodurch zusätzlich Personalressourcen gebunden werden.

Zur Zeit werden die Klienten mit einem durchschnittlichen Betreuerschlüssel von 1:8 flexibel unterstützt. Die Bandbreite der Betreuungsintensität, wie sie auch vom Kostenträger mitgetragen wird, reicht von 1:6 bis 1:12. Bei der Caritas Rheine ist das Integrationsprojekt deshalb in den Fachbereich Gemeindepsychiatrische Dienste eingebunden, weil die WAF-Nutzer je nach individuellem Hilfebedarf phasenweise auf zusätzliche Unterstützung bei der Tagesstruktur (niederschwellige Kontaktstelle / Zuverdienst und Tagesstätte) und bei psychotherapeutischer Behandlung (Psychosoziale Beratungsstelle) angewiesen sind. Die enge und für die Betroffenen bedarfsgerechte Vernetzung der gemeindepsychiatrischen Angebote ist ein wichtiger Indikator für die Strukturqualität der Gemeindepsychiatrischen Dienste.

Förderliche Bedingungen für die Entwicklung

Nach 14 Jahren Erfahrungen im Integrationsprojekt fassen die folgenden Thesen, die seit der Modellverbundszeit beständig fortgeschrieben werden, die förderlichen Entwicklungsbedingungen zusammen.
Seelisch erkrankte und behinderte junge Erwachsene brauchen:

- ein Angebot, das ihnen soviel Selbständigkeit, Alltagsorientierung und Normalität wie möglich und soviel Unterstützung, Anleitung, Erziehung und Schutz wie nötig anbietet,
- Betreuer, die sie in allen für sie bedeutsamen Lebensbereichen – Wohnen, Behandlung, Arbeit, Freizeit – bedarfsgerecht begleiten und zu ihnen über alle Krisensituationen und zuweilen befremdlich anmutenden Verhaltensweisen hinweg eine kontinuierlich tragfähige und tolerante Beziehung halten,
- einen überschaubaren Rahmen im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich mit klaren Regeln und einem emotionalen Klima, das zwischen Nähe und Abstand wohltuend ausbalanciert ist. Dabei ist dem Wohnbereich höchste Priorität zu geben.
- ein Betreuungskonzept, das ihnen Erfolgserlebnisse über die Vereinbarung realistisch-positiver Ziele in allen wichtigen Lebensbereichen vermittelt. Dazu gehört auch das Prinzip, „immer nur einen wichtigen Wechsel (z.B. in der Wohn-, Arbeits- oder Beziehungssituation) auf einmal vorzunehmen" (CIOMPI 1988:35),
- eine Region, in der über eine gute gemeindepsychiatrische Grundversorgung ihre seelische Erkrankung / Behinderung behandelt wird und die gleichzeitig über genügend pädagogisches Wissen verfügt, um ihrem Nachreifungs- und Entwicklungsbedarf gerecht zu werden. Funktionierende Kooperationsstrukturen zwischen gemeindepsychiatrischen Institutionen und solchen der Jugendhilfe sind dabei unabdingbar,
- ein breitgefächertes und flexibles berufliches Integrationsangebot in der Region, das ihre Neugierde auf unterschiedliche Arbeitsbereiche, ihr Interesse an schulischer und beruflicher Ausbildung fördert. Zur Überbrückung von Abbrüchen und vermeintlichen Rückschritten sollten tagesstrukturierende Hilfen und niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten dieses Angebot ergänzen.

Nach 14 Jahren Erfahrungen im Integrationsprojekt fassen die folgenden Thesen, die seit der Modellverbundszeit beständig fortgeschrieben werden, die förderlichen 88Entwicklungsbedingungen zusammen

Projektbilanz nach zehn Jahren
Die deutlichen Entwicklungsfortschritte der Bewohner und ihre gesellschaftliche Integration bestätigen das Konzept der Alltagsorientierung für seelisch erkrankte und behinderte junge Erwachsene. Auf der gesetzlichen Ebene und auf der Ebene der Leistungsträger gibt es jedoch noch immer eine Reihe von Hemmnissen, die es abzubauen gilt:

- Das Verständnis seelischer Behinderungen ist bei Entscheidungsträgern oft einseitig am Erwachsenen ausgerichtet (siehe Eingliederungshilfeverordnung nach § 47 BSHG, auf die der § 35a KJHG ausdrücklich verweist), so dass der bei seelisch behinderten jungen Erwachsenen vorhandene doppelte Hilfebedarf in Richtung pädagogisch gestützter Entwicklung und psychiatrisch-therapeutischer Behandlung noch immer ungenügend berücksichtigt wird.
- Die Jugendhilfeträger nutzen auch nach vielen Jahren Gesetzespraxis die Möglichkeiten des § 35a KJHG nur unzureichend. Dadurch kommen die Entwicklungsaspekte bei der beschriebenen Zielgruppe zu kurz und der Sozialhilfeträger ist dann oft nicht nur ein ‚Letzt'- sondern zugleich ein ‚Erstfinanzierer'. Dass aktuell im Bundesrat die ‚§ 35a-Novellierer' wieder das Wort führen, ist dann nur die logische Folge.
- Schließlich verweigern weiterhin die Krankenkassen eine Mitfinanzierung solcher Integrationsprojekte und belassen den Sozialhilfeträger allein in dieser Zuständigkeit. Auf diese Weise wird über die im BSHG (siehe § 81 BSHG) geforderte Vermögensanrechnung der Ungleichbehandlung psychisch und somatisch Kranker weiter Vorschub geleistet.

Aufforderung, sich einzumischen

Bleibt am Ende die Aufforderung an alle ‚Akteure', gerade in diesen Zeiten knapper öffentlicher Kassen und perspektivisch zahlungsunfähiger Sozialsysteme, sich mit und für diese jungen Erwachsenen in die gesellschaftlichen Debatten um die Verteilung der finanziellen Ressourcen einzumischen. Denn ‚ohne Moos' wohnt man nicht und lebt auch noch schlecht!

Literatur

Baur-Mainka, M., Deggerich, C., Rarrek-Kipp, A., Rotthaus, W. & Werner, E.P. (1993). VOM ‚NACHSORGENDEN WOHNEN FÜR PSYCHISCH KRANKE JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE IN VERBINDUNG MIT TAGESSTRUKTURIERENDEN HILFEN' ZUM ‚INTEGRATIVEN REHA-PROJEKT WOHNEN-ARBEIT-FREIZEIT (WAF)'. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
CIOMPI; L. (1988). Systemtheoretische Aspekte der psychiatrischen Rehabilitation. In T. Keller (hrsg.), Sozialpsychiatrie und systemisches Denken (S. 30-43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Psychotherapie auch bei Psychosen

Fachtagung der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz Hypnotherapie: Psychose als kreativer Trancezustand

Von Franz-Josef Wagner

Mit rund 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle) veranstaltete jetzt der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. in Koblenz seine siebte Fachtagung zum Thema „Psychotherapie auch bei Psychosen". Dieses Thema war bis vor Jahren ein sehr umstrittenes Thema gewesen. Die Aussage: Psychotherapien sind kontraindiziert, sie verursachen nur neue Psychosen, war nicht selten. Heute ist man der Meinung, eine Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie sei die effektivste Möglichkeit, den nächsten psychotischen Schub zu vermeiden oder weiter hinaus zu schieben.

In seiner Begrüßung verwies der Vorsitzende des LVPE Rheinland-Pfalz e.V. auf die langen Wartezeiten bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Für ein Erstgespräch 8 Wochen, Kurzzeittherapie 12 Wochen, Langzeittherapie 5 bis 6 Monate – und dies bei einer Überversorgung von 350% laut Kassenärztlicher Vereinigung (KV). Bei den Kinder- und Jugendtherapeuten sieht es noch verheerender aus – Wartezeiten von bis zu einem Jahr. Frau Roswitha Beck, Gattin des Ministerpräsidenten, erklärte: Der LVPE Rheinland-Pfalz e.V. ist aktiver Teil der Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz.

In seinem Vortrag stellte der Psychiater Dr. Elsner fest, dass Psychotherapie ein fester und unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Psychosen ist. Das Ziel der Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen ist dabei zum einen die Milderung oder das Verschwinden der psychotischen Akutsymptomatik, zum anderen das Bemühen, das Auftreten neuer Krankheitsepisoden oder die Chronifizierung der Psychosen zu verhindern. Die schulunabhängige Psychotherapie kann in drei Phasen gegliedert werden: Akutphase, postakute Stabilisierungsphase und Remissionsphase. Somit ist die Psychotherapie ein „bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die für behandlungsbedürftig gehalten werden". Wichtig ist der Aspekt einer tragfähigen emotionalen Bindung und einer guten Beziehungsqualität. Die am häufigsten eingesetzte supportive Therapie, das ärztliche und psychologische Gespräch, das mehr oder weniger gezielt auf der Grundlage einer guten Beziehung wirkt. Dazu gehört auch die Nutzung einzelner Elemente aus speziellen Therapieverfahren.

Eine über zehnjährige Erfahrung mit Psychotherapie hat Frau Moravec vom Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz e.V. Ihre erste Therapeutin hatte eine andere Vorgehensweise, als sie sich das vorstellte. Im Laufe dieser Therapie suchte sie die Klinik mehrmals auf. Die zweite Therapeutin, die sie im Rahmen des Betreuten Wohnens aufsuchte, tat ihr gut. Sie redeten zuerst wöchentlich über Stärken und Schwächen, später zweimal monatlich. Moravec begann in der Werkstatt für behinderte Menschen zu arbeiten, engagierte sich im Werkstattrat und übernahm wieder Verantwortung. Seit einem Jahr hat sie die Therapie beendet.

Wie sich das Verhältnis zwischen den Psychologinnen und Psychologen und Frau Thiel entwickelte, wurde von den Teilnehmenden gespannt aufgenommen. Mit 10 Jahren las Thiel den psychologischen Teil der Fernsehzeitung von der „Briefkastentante", die mit Weisheit die Probleme löste. Daraus resultierte ihr Berufswunsch: Psychologin. Mit 16 Jahren brauchte sie Hilfe und las C.G. Jung und Siegmund Freud. Zwei Jahre später war sie das erste mal in der Psychiatrie und bekam Psychopharmaka (Haldol, Truxal und Lyogen), ohne die Situation psychologisch aufzuklären. Ihren ersten Psychologen suchte ihre Mutter aus, der sie nach zwei psychologischen Episoden unvollendet entließ. Ein noch bis heute (23 Jahre) gutes Verhältnis hat sie zu einer Sozialpädagogin. Frau Thiel ist heute der Meinung, dass die Psychotherapie bei der Behandlung von Psychosen alleine nicht ausreicht.

Der Psychologe G. Milzner sprach über die „Poesie der Psychosen", eine Hypnotherapie des Verrücktseins. Hypnotherapie beschreibt Psychosen als einen kreativen Trancezustand, die Ausdrucksweise psychotischer Menschen als „Poesie". Der Einsatz dieser Psychotherapie verlangt von dem Therapeuten ein hohes Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft, sich auf das Erleben psychotischer Menschen einzulassen. Darüber hinaus muss er die poetische Sprache seiner Klienten verstehen und – durch die Schaffung eines angemessenen „suggestiven" Raums – mit ihnen kommunizieren lernen. Mit beeindruckenden Beispielen aus seiner Praxis nahm Milzner dem vermeintlich konfusen Reden in der Psychose das Fremde und Angstmachende und stellte gleichzeitig dar, was es für das Selbstverständnis von Therapeuten bedeutet, sich mit Hilfe hypnotherapeutischer Techniken psychotischen Klienten zu widmen. ●

Heute ist man der Meinung, eine Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie sei die effektivste Möglichkeit, den nächsten psychotischen Schub zu vermeiden oder weiter hinaus zu schieben

Franz-Josef Wagner, Gratianstr.7, 54294 Trier, Tel & Fax 0651/ 1707967, E-mail f.j.wagner@gmx.net

Gute Entwicklungs-perspektiven für PPQ

Arbeit des bundesweiten Qualitätszirkels wird fortgesetzt

Von Jürgen Armbruster

Jürgen Armbruster ist Projektleiter von Pro-PsychiatrieQualität

Nach der Veröffentlichung des neuen PPQ- Handbuchs auf einer Fachtagung in Berlin im Juni 2003 hat zu Beginn des Jahres der verbandsübergreifende bundesweite Qualitätszirkel seine Arbeit wieder aufgenommen. In der vom Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe und dem bundesweiten Fachverband Psychiatrie in der Caritas (PiC) initiierten Projektgruppe wirken mittlerweile auch Vertreter weiterer Fachverbände sowie ein Vorstandsmitglied des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker mit. Die derzeitige dritte Projektphase läuft bis Ende 2004.

Einige Schwerpunkte der derzeitigen Arbeit:

■ Die Projektgruppe befasst sich u.a. mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen Dienste und Einrichtungen, die Qualitätsentwicklungsprozesse auf der Basis PPQ durchführen, sich in einem weiterführenden Prozess nach DIN ISO zertifizieren lassen können. Dazu soll eine Begutachtung des PPQ-Handbuchs durch die Zertifizierungsgesellschaft „proCum Cert“ erfolgen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld in aller Regel Zertifizierungen von den Kostenträgern nicht gefordert werden. Sie sind häufig mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden und für die interne Motivation in den Diensten und Einrichtungen als Zielsetzung nicht förderlich. Dennoch ist es für Dienste und Einrichtungen, die in einem größeren Zusammenhang ihres Trägers mit der Frage der Zertifizierung nach DIN ISO konfrontiert sind wichtig, zu wissen, welche Teile der DIN ISO Normenreihe mit PPQ bereits abgedeckt werden und in welchen Bereichen ggf. in einem Zertifizierungsverfahren noch weitere Vertiefungen erforderlich wären. Diese Frage soll durch das Gutachten von proCum Cert geklärt werden.

■ Qualitätsentwicklung erfordert eine Verständigung über die grundlegenden Werte und Leitziele menschlicher Entwicklungen, über das der sozialpsychiatrischen Arbeit zugrunde liegende Menschenbild und das Verständnis von Verantwortung und Teilhabe in der sozialen Gemeinschaft. Verbandsübergreifend sind evangelische und katholische Theologen damit befasst, das ethische Grundverständnis und die in den PPQ- Leitzielen zum Ausdruck kommende Werteorientierung, einer Reflexion und Vertiefung aus theologischer Perspektive zu unterziehen.

■ Darüber hinaus soll im Rahmen der Fortführung des PPQ-Prozesses die bundesweite und verbandsübergreifende Vernetzung von Diensten und Einrichtungen gefördert werden, die Qualitätsentwicklung auf der Grundlage von PPQ betreiben. Dazu dienen Fortbildungen, Multiplikatorenschulungen und das Angebot der Prozessbegleitung im Rahmen der GFO und der Aufbau eines Netzwerks der PPQ- Anwender. Auf diese Weise soll der Austausch zwischen Diensten und Einrichtungen gefördert werden, die an ähnlichen Fragestellungen arbeiten und innovative Konzepte und Verfahrensweisen in die Materialsammlung von PPQ aufgenommen werden.

■ Im Rahmen der Kontaktgespräche der bundesweiten Fachverbände und Selbsthilfeorganisationen wird derzeit auf der Basis von PPQ an einer gemeinsamen Qualitätsplattform mit bundesweit anerkannten Qualitätsindikatoren gearbeitet. So entsteht eine bundesweit anerkannte Orientierung für Qualitätsentwicklung in Sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und Verbünden. ●

Nachrichten aus dem Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB)

Aufsichtsrat der GFO konstituiert

Nach sieben Jahren Präsenz hat sich die Gesellschaft für Fortbildung und Organisationsentwicklung Sozialer Dienste gGmbH (GFO) auf dem Fort- und Weiterbildungsmarkt etabliert. Zur regelmäßigen Beratung und Überwachung der GFO-Geschäftsführung ist jetzt ein Aufsichtsrat unter Vorsitz von Horst-Wilhelm Hensel gewählt worden. Stellvertretender Vorsitzener des für vier Jahre gewählten Gremiums ist Hans-Hermann Gerdes.

Psychiatrietagung in Bonn

Rund 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zur Psychiatrietagung des BEB unter dem Titel „Auf dem Weg zur Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung - Aufbrüche und Schattenseiten“ nach Bonn gekommen. Dabei machte der erste Vorsitzende, Klaus-Dieter Kottnick deutlich, das es für den Verband darum gehe, „Mut zu haben und sich in Zeiten der Begrenztheit, der behördlichen Macht und der Streichung von zugesagten Mitteln uneingeschränkt für die Belange psychisch kranker Menschen“ einzusetzen. Bei der zweitägigen Tagung stellten prominente Vertreterinnen und Vertreter aus Forschung und Praxis aktuelle Tendenzen dar bezüglich Umsetzung des SGB IX mit den Kernaussagen Selbstbestimmung und Partizipation, der Situation von Menschen in Wohnungsnot und dem Bestreben der Psychiatrieerfahrenen, einen „Trialog“ mit Professionellen und Angehörigen zu erreichen. Darüber hinaus ging es um die Themen ambulante Nachsorge in der Forensik und personenzentrierte Hilfeplanung.

Folgende Beiträge der Psychiatrietagung stehen auf der Homepage des BEB (www.beb-ev.de): Sozialpsychiatrische Perspektiven im Zeichen der Reformen der Sozialen Systeme (Brill); Psychiatrie macht Platte – Hilfen für Menschen in Wohnungsnot (Nouvertné); Ambulantisierung – Gewinner und Verlierer, ein trialogisches Forum (Prins; Hein; Bombosch); Geschlossene Unterbringung in einem offenen Hilfesystem (Bayer; Armbruster); Implementation personenzentrierter Hilfeplanung in gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen (Peukert);Personenzentrierung und Ausgrenzung (Mendel).

Informationslücke geschlossen

Professionelle forensische Psychiatrie: Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe / Rezension von Gerd Weskamp

Die Autoren, seit vielen Jahren praxiserfahren, schließen mit diesem vielseitigen Werk eine längst überfällige Informationslücke. Sie wenden sich vornehmlich an die Berufsgruppe der Pflegekräfte, aber auch an andere in der Forensik Tätige und interessierte Laien.

In neun Kapiteln werden therapeutische Behandlungskonzepte, die pflegerische Alltagswelt mit ihren vielfältigen Aufgaben sowie der sensible Übergangsbereich der Nachsorge und Rehabilitation vorgestellt. Historische Zusammenhänge, länderspezifische juristische Rahmenbedingungen, ethische Gesichtspunkte, legalprognostische Schwierigkeiten und die Notwendigkeit einer transparenten Öffentlichkeitsarbeit werden erörtert. Das Kapitel Respektierung der Würde – eine Frage der Ethik schafft ein Bewusstsein dafür, dass psychisch kranken Straftätern eine humane Behandlung zusteht.

Behandlung im Maßregelvollzug bildet ein Schwerpunktthema. Trotz unterschiedlicher Praxis in deutschen forensischen Kliniken bleiben die Problemfelder weitestgehend gleich: Motivationsprobleme bei (scheinbar) zwangsverordneter Therapie oder die Rolle des Therapeuten als „Doppelagent“ und die kontroverse Debatte über Lockerungsschritte. Herausforderungen und Schwierigkeiten des therapeutischen Prozesses werden erläutert.

Die Autoren gehen auf die Behandlung von Persönlichkeitsgestörten und Psychotikern sowie Chancen und Begrenzungen psychopharmakologischer Behandlung ein. Sie erörtern, was Supervision für das Personal vor dem Hintergrund einer leicht angreifbaren Berufsidentität leisten kann. Der psychodynamisch orientierte Umgang mit Straftätern wird einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Fallskizze gegenübergestellt.

Im Kapitel Beziehung gestalten Pflege in der forensischen Praxis erfährt das Pflegepersonal eine besondere Würdigung. Die Autoren liefern Informationen zum Ausbildungsstand und zu einer erhöhten Professionalisierung. Besser nachvollziehbar wird das forensische Leben, wenn das Pflegepersonal aus seinem Alltag erzählt: wie das Brauchtum um Weihnachten und an Geburtstagen gepflegt wird, wie eine Krankenschwester damit umgeht, wenn ein Patient sich in sie verliebt, oder welche strategischen Schachzüge sinnvoll sind, um den Freiheitsgrad eines komplett abgesonderten, gefährlichen Patienten langsam zu erhöhen. Aufgegriffen werden Themen wie Teamarbeit, Bezugs- und Beziehungspflege, pflegerische Kompetenz bei Persönlichkeitsstörungen oder Selbsterfahrung im Rollenspiel.

Das Kapitel Rehabilitation und Nachsorge beschreibt die zwei Bausteine der Überleitungsphase von der Forensik in die Freiheit. Anhand eines Fallbeispiels wird ein Konzept vorgestellt, wie dieser störanfällige Übergang funktionieren und erfolgreich unter Berücksichtigung rechtlicher Grundlagen gestaltet werden kann. Aufgezeigt werden die Möglichkeiten und Begrenzungen, die Wohnheime, Wohngemeinschaften und Betreutes Wohnen als „Entlassfelder“ in der Nachsorge bieten, wie Arbeits- und Beschäftigungsbereiche als „Stabilitätsfaktoren“ dienen und wie wichtig das Zusammenspiel zwischen der Bewährungshilfe und den juristischen Organen ist.

Hax-Schoppenhorst, Thomas; Schmidt-Quernheim, Friedhelm (2003): Professionelle forensische Psychiatrie: Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe, Hans Huber Verlag: Bern.

Mehr Arbeitsunfälle durch psychische Erkrankungen

Wenn Beschäftigte im Betrieb fehlen, liegt das immer häufiger an einer psychischen Störung oder Erkrankung. Nach Angaben des Fehlzeiten-Reports 2003 sind psychische Erkrankungen mittlerweile die vierthäufigste Ursache für Fehlzeiten in deutschen Unternehmen. Die Zahl der Krankmeldungen insgesamt ist dagegen auch 2002 weiter zurückgegangen. Die Zahl der auf psychische Erkrankungen zurückgehenden Krankmeldungen ist bei den der Berechnung zugrunde liegenden Meldungen von knapp elf Millionen AOK-Mitgliedern seit 1994 um 74,4 Prozent gestiegen.

„Bei den psychischen Erkrankungen dominieren Depressionen und neurotische Erkrankungen“, erläutert Christian Vetter, Mitherausgeber des Reports. Dazu gehören beispielsweise Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und psychosomatische Erkrankungen. Der Anteil der psychischen Störungen an den Fehlzeiten schwankt in den einzelnen Branchen erheblich. Die meisten Erkrankungstage verzeichnen die Statistiker im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Verwaltung. Frauen seien wesentlich häufiger betroffen als Männer. Psychische Erkrankungen sind bei Frauen der häufigste und bei Männern der zweithäufigste Grund für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.

Nicht zuletzt im Hinblick auf die angestrebte Erhöhung des Renteneintrittsalters müsse daher der Prävention in diesem Bereich besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, folgern die Herausgeber des Fehlzeiten-Reports. Die volkswirtschaftlichen Kosten der Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen werden für das Jahr 2001 auf drei Milliarden Euro geschätzt.

Bernhard Badura/ Henner Schellschmidt/ Christian Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2003. Springer-Verlag, ISBN: 3-540-40310-8. *Weitere* Infos: www.wido.de

Positionspapier zu personenzentrierten Hilfen

„Auf dem Weg zu personenzentrierten Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ ist der Titel eines Positionspapiers zu aktuellen Problemen der Psychiatriepolitik in Baden-Württemberg. Es wurde verfasst von den Landesverbänden Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie, der Angehörigenselbsthilfe, der Angehörigen psychisch Kranker, der psychosozialen Hilfsvereinigungen sowie der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg. Die 24-seitige Broschüre kann ab sofort bei der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V., Robert-Koch-Straße 9, 70563 Stuttgart, Tel. 0711/7352019, Fax 0711/7355792, bestellt werden.

Gegen die zwangsweise Zuführung zur Heilbehandlung

In einem offenen Brief wenden sich zahlreiche in der Sozialpsychiatrie tätigen Fachleute sowie Psychiatrie-Erfahrene gegen eine vom Gesetzgeber beabsichtigte Einführung der zwangsweisen Zuführung zur ärztlichen Heilbehandlung (durch Psychopharmaka) und die Generalbevollmächtigung für Angehörige durch Ergänzungen des Betreuungsrechtes um den § 1906a BGB und des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit um den § 70o FGG. Diese gesetzlichen Veränderungen zielen demnach vor allem auf Patienten mit schizophrenen Psychosen und mit bipolaren Störungen, insbesondere in manischen Phasen. Weitere Informationen bei PD Dr. Thomas Bock, bock@uke.uni-hamburg.de

Quellen über „Euthanasie“-Verbrechen jetzt zugänglich

Zwischen 1939 und 1945 wurden etwa 200 000 Frauen, Männer und Kinder aus psychiatrischen Einrichtungen des Deutschen Reichs in mehreren verdeckten Aktionen systematisch ermordet. Organisiert wurde der Massenmord an Behinderten und chronisch Kranken durch eine geheim agierende zentrale Dienststelle in der Tiergartenstraße 4 (T 4), die von Mitarbeitern der „Kanzlei des Führers der NSDAP“ und des Reichsministeriums des Innern in Berlin eingerichtet worden war. Das häufig als „Euthanasie“-Aktion oder „Aktion T 4“ bezeichnete Vernichtungsprogramm der Nationalsozialisten wird erst seit Beginn der 70er Jahre intensiver erforscht. Nach wie vor gibt es eine Reihe von offenen Fragen und noch viele Lücken im Gesamtbild. Eine große Zahl der weit verstreuten Dokumente war bislang nur sehr schwer ausfindig zu machen und häufig kaum zugänglich. Im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes des Bundesarchivs in Berlin-Lichterfelde ist es nun gelungen, alle derzeit verfügbaren Quellen in Deutschland, Österreich, Polen und Tschechien zur Geschichte der „Euthanasie“-Verbrechen im Dritten Reich in einem Inventar zusammenzustellen, das im Internet unter www.bundesarchiv.de eingesehen und genutzt werden kann. Initiiert und vorbereitet wurde das Unternehmen vom „Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen ‚Euthanasie‘ und Zwangssterilisation“, der Bundesärztekammer sowie zahlreichen Fachleuten aus wissenschaftlichen Instituten und Archiven. ●

In eigener Sache

Gudrun Mahler, Psychiatrie-Referentin im Diakonischen Werk Bayern, ist nach mehrjähriger Mitarbeit aus der Redaktion der Kerbe ausgeschieden. Redaktionsmitglieder und Herausgeber danken für ihr Engagement und die vielen Impulse, die sie in die Redaktionsarbeit eingebracht hat.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Helmuth Beutel, Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Helmut Urbaniak, Stuttgart; Wolfram Keppler (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart
Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0
Adressenänderungen bitte unter regina.schuller@evanggemeindeblatt.de
Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165
Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössel), Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 20 vom 1. Januar 2004
Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart
Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November
Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für Abonnementwerbung für die Zeitschrift „Handbuch für den Vorgesetzten“, Bonn, bei

Diakonie BeB

Förderlicher Umgang mit Belastungen

21.2. bis 27.2.2004
Waldfischbach

Sechstägiges Seminar „Seelische Gesundheit" zum Thema „Förderlicher Umgang mit Stressbelastungen, Persönliche Weiterentwicklung" in der Bildungsstätte Maria Rosenberg bei Kaiserslautern. Angebote für alle Altersgruppen. Inhalte: Gesprächsgruppen auf Basis der klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers, Entspannung und Gesunderhaltung, Themengruppen. Ziele: Verminderung von Alltagsstress, Hilfe bei Schicksalsschlägen, Vorbereitung auf künftige Belastungen. Leitung: Psychotherapeut Professor Dr. Reinhard Tausch und Team.

Informationen: Helmuth Beutel, Arnikastraße 33/1, 73733 Esslingen, Tel. 0711/3704 114, helmuth.beutel@arcor.de
Anmeldung: Sybille Jatzko, Görzbornstraße 3, 67706 Krickenbach, Telefon 06307 / 993006, Fax 993007.

Brennpunkt Heimversorgung So nicht weiter, wie dann?

24. bis 26. Juni 2004
Bielefeld

Fachtagung in den von Bodelschwingschen Anstalten - Bethel (vBAB). Veranstalter: Fachausschuss Menschen in Heimen der DGSP und der Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie vBAB. Programmauszüge: Persönliche Budgets in der Psychiatrie; Hospitalisierung in der ambulanten Versorgung? Haben Heime Sinn? Gratwanderung zwischen Verantwortung und Verwahrlosung. Weitere Informationen: Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie der vBAB, Telefon 021 -144 1707.

Pro Psychiatrie Qualität

16. bis 19. März
2004, Tecklenburg
(Block 1)

Fünfteilige Weiterbildung für Führungskräfte, Qualitätsbeauftragte und Mitarbeiter/innen in ähnlichen Professionen, die in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten arbeiten (PPQ-Multiplikatorenweiterbildung III im Auftrag des BEB und PiC). Information und Anmeldung: GFO Nord, GFO Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Tel. 0251/2709 396, Fax 0251/ 2709 398, e-mail: diekmann@gfo-diakonie.de

Systemisches Management in sozialen Organisationen

19. bis 23. April
2004, Hösbach

Systemisches Management in sozialen Organisationen: Management personen-zentrierter Hilfen in offenen Diensten und Verbundsystemen. Eine Weiterbildung, die zu einer dem Berufsfeld und der strukturellen Position angemessenen Wahrnehmung von Leitungsaufgaben in offenen sozialen Diensten und Verbundsystemen befähigt. Dauer: 2004 – 2005 (fünf Seminare und Kolloquium).
Info und Anmeldung: GFO Süd, Sudetenweg 92,74523 Schwäbisch Hall. Telefon (07 91) 5 00-2 82
Fax (07 91) 500-300
E-mail: sued@gfo-diakonie.de

Pro Psychiatrie Qualität – Qualitätsmanagement in Einrichtungen und Diensten

23. bis 24. September
2004, Leipzig
Termin und Ort geändert

Einführungsveranstaltung. In diesem Seminar werden den Teilnehmern die Grundlagen des PPQ-Konzeptes vermittelt. Sie erhalten Anregungen und Hinweise zur konkreten Gestaltung von Qualitätsentwicklungs- und sicherungsprozessen. Bei Bedarf können die Einrichtungen und Dienste bei ihren internen Qualitätssicherungsmaßnahmen beraten und begleitet werden.
Information und Anmeldung: GFO Nord, GFO Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Tel. 0251/2709 396, Fax 0251/2709 398, e-mail: nord@gfo-diakonie.de

Burn out- Burn in Wege aus dem Teufelskreis

26. bis 27. März
2004, Erkner

Nicht zuletzt die Postmoderne mit ihren Anforderungen an Tempo und Leistung hat uns vergessen lassen, wie wir gesunde, freie und motivierte Menschen bleiben, die sinnvoll leben und arbeiten. Es gibt bewährte Denkmodelle und Methoden, die uns die Möglichkeit geben, uns diese Fähigkeiten zurückzuerobern.
Info und Anmeldung: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V., Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21)51 10 02, Fax: (02 21)52 99 03, E-Mail: dgsp@netcologne.de
Internet:www.psychiatrie.de