

Zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin – Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer

Hintergrund

872.000 BerlinerInnen haben einen Migrationshintergrund¹, das entspricht 26% der Bevölkerung. 48% dieser Menschen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Verteilung auf die Berliner Bezirke ist sehr unterschiedlich: Liegt der Anteil der MigrantInnen in Berlin-Mitte, Neukölln, in Friedrichshain-Kreuzberg und Treptow jeweils zwischen einem Drittel und der Hälfte, so beträgt er in Lichtenberg 16% und in Treptow-Köpenick nur 10%. Berlinweit haben 40% der Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund, bei den unter 5-Jährigen sind es 43%. Dabei stammen in Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg ca. 60% der unter 18-Jährigen aus Einwandererfamilien. Laut Einwohnerregister vom 31.12.2010 kommen die MigrantInnen aus 199 Herkunftsländern, die meisten kommen aus Ländern der EU (27%). Die größten Herkunftsgruppen sind aus der Türkei (20%), gefolgt von Polen (11%), ehemaligem Jugoslawien (7%) und der russischen Föderation (5%). Der Anteil der Menschen mit vietnamesischem Migrationshintergrund liegt dagegen bei nur 2%, der mit iranischem bei 1%. Die individuell unterschiedliche Motivation und Zukunftsplanung der MigrantInnen sowie der jeweilige Aufenthaltsstatus und der Lebens- und Bildungshintergrund erfordern, dass in allen relevanten Bereichen auf diese Veränderungen der Gesellschaftsstruktur reagiert werden muss.

In der Fachöffentlichkeit wird seit Jahren die unzureichende Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund beklagt. Zwar verfügt Berlin über ein breites kultursensibles Versorgungsangebot im psychiatrischen Bereich. Dazu zählen z. B. die Psychiatrische Institutsambulanz der Universitätsklinik der Charité im

St. Hedwigs-Krankenhaus, das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) der Charité Campus Mitte sowie ein breitgefächertes Angebot kultursensibler psychosozialer Beratung und Betreuung in kommunaler und freier Trägerschaft. Darüber hinaus soll ein Integrationsgesetz die Beteiligung von MigrantInnen im beruflichen Bereich garantieren. Dennoch wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen nicht dem Versorgungsgrad der BerlinerInnen ohne Migrationshintergrund entspricht. Zudem kommen neben den sonstigen Risikofaktoren insbesondere die Sprache und kulturell bedingtes Krankheitsverständnis als Barrieren zum Tragen. Die „Berliner Erklärung zur Notlage bei der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund“² von 2008 machte ebenso wie eine Petition für kultursensible psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund auf Berliner Landesebene wie auf Bundesebene auf diese Probleme aufmerksam. Der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zu Folge haben insbesondere Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im gesundheitlichen Bereich mit höheren Risiken zu kämpfen. Diese Tendenz wird durch eine kulturell tradierte zurückhaltende Inanspruchnahme von psychosozialen und medizinischen Hilfen verstärkt.³

Untersuchung der PTK Berlin

Die im Frühjahr 2010 durchgeführte Mitgliederbefragung der PTK Berlin erhob vor diesem Hintergrund den Anteil der erwachsenen PatientInnen wie der Kinder und Jugendlichen (KJ), die sich zu diesem Zeitpunkt in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befanden, spezifiziert nach

- Herkunftsländern,
- Zugangswegen/Überweisungskontexten,
- Bedeutung der (Mutter-)Sprache,
- auftretenden Problemen,
- bewährten Lösungen,
- Vorschlägen für eine Verbesserung der Versorgung.

Für die Befragung definierten wir „Menschen mit Migrationshintergrund“ in Anlehnung an das statistische Bundesamt als Personen, die im Ausland geboren wurden oder in Deutschland geboren wurden, aber mindestens über ein Elternteil verfügen, das im Ausland geboren wurde, oder eine andere Muttersprache als Deutsch haben.

Für die Untersuchung verwendeten wir einen zweiseitigen Fragebogen von Möske, Gil-Martinez und Schulz (2010)⁴, den wir teilweise im Hinblick auf die Berliner Situation modifizierten und erweiterten.

„Interkulturelle Kompetenz“ verstanden wir dementsprechend in Anlehnung an das multidimensionale Kulturkompetenzmodell (nach Orlandi, 1992) mit den Faktoren professionell, kognitiv und affektiv. Orlandi⁵ definierte drei Stufen der Entwicklung von kultureller Kompetenz: kulturelle Inkompetenz, kulturelle Sensibilität und kulturelle Kompetenz. Er nahm an, dass kulturell inkompetente PraktikerInnen tendenziell Schäden anrichten. Kulturell kompetente PraktikerInnen könnten aus dieser Kompetenz heraus zusätzliche positive Aspekte ihrer Arbeit erwarten. Das Mindeste sei daher eine kulturelle Sensibilität, um die Effekte der eigenen Arbeit im interkulturellen Kontext nicht selbst zunichte zu machen.

Ergebnisse

Angeschrieben wurden alle 3.392 Mitglieder der Berliner Psychotherapeutenkammer. Von den 1.896 zu dem Zeitpunkt teilweise oder ausschließlich ambulant in Einrichtungen oder eigener Praxis psychotherapeutisch tätigen Mitgliedern beteiligten sich 390 PsychotherapeutInnen (PT) an der Befragung. Somit betrug der Rücklauf bei den ambulant Tätigen ca. 20%. Davon wiesen ca. 20% einen eigenen Migrationshintergrund (PT m MH) auf. Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung der PsychotherapeutInnen in Berlin auf die Bezirke. Einige Fragebögen gingen lange nach Ablauf der Rücksendefrist ein und konnten für diese Auswertung nicht berücksichtigt werden.

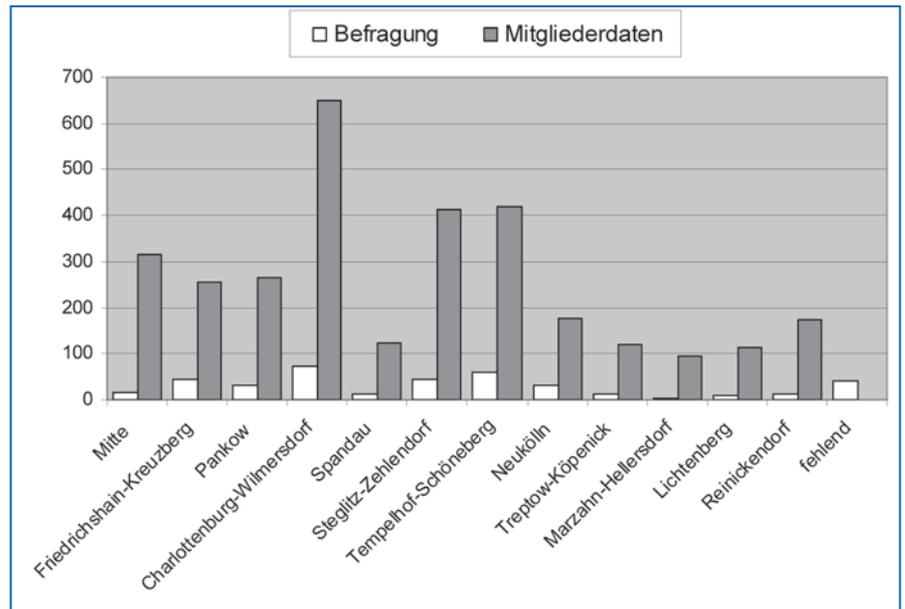


Abb. 1: Bezirk der ambulanten Tätigkeit als PsychotherapeutIn

Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz betragen bei den Befragten bis zu 24 Monaten. Ein Erstgespräch fand im Mittel 1,4 Monate nach der Anfrage statt, eine Psychotherapie begann nach durchschnittlich 3,3 Monaten.

Die PsychotherapeutInnen ohne Migrationshintergrund (PT o MH) wurden vorwiegend nach ärztlicher Überweisung aufgesucht, erst danach kamen eigene Motivation der PatientInnen und private Empfehlung zum Tragen. PsychotherapeutInnen mit Migrationshintergrund hingegen wurden vor allem auf private Empfehlung hin aufgesucht, erst danach waren ärztliche Überweisung und eigene Motivation Zugangswege zur ambulanten Psychotherapie. Die Bedeutung privater Empfehlungen (durch Bekannte, NachbarInnen, Verwandte) für eine Behandlung bei PT m MH weist auf unterschiedliche Zugangswege und Schwellen, aber auch ein unterschiedliches Klientel hin.

82% der PsychotherapeutInnen ohne und 95% der PT mit Migrationshintergrund behandelten zum Zeitpunkt der Befragung PatientInnen mit Migrationshintergrund. Erstere behandelten allerdings überwiegend in Deutschland geborene PatientInnen bzw. solche, die die deutsche Staatsangehörigkeit hatten. Hingegen waren nur 28% der PatientInnen mit MH, die PT mit MH aufsuchten, in Deutschland geboren, nur 34% von ihnen hatten die deutsche

	Nennungen	Anteil in %	PT o MH	PT m MH
PatientInnen mit MH	372	20,5%	17,1%	34,3%
in Deutschland geborene PatientInnen mit MH	296	37,3%	39,5%	27,7%
PatientInnen mit MH und deutscher Staatsbürgerschaft	239	58,1%	60,2%	51,1%

Abb. 2: Berliner PatientInnen mit Migrationshintergrund unterteilt nach PT mit und ohne Migrationshintergrund (Quelle: Mitgliederbefragung der PTK Berlin, 2010)

Staatsangehörigkeit. Eine Differenzialanalyse ergab, dass PT mit eigenem MH erheblich mehr „schwer erreichbare Klientel mit MH“ behandelten, das heißt PatientInnen mit geringeren Sprachkenntnissen, im Ausland Geborene und PatientInnen ohne deutsche Staatsbürgerschaft.

Zur Bedeutung von Sprache/ Muttersprache in der Psychotherapie

Die PT o MH bezeichneten die Sprachkenntnisse ihrer PatientInnen zu 92% als ausreichend, für 3% war der Einsatz eines Dolmetschers notwendig. Die PT m MH bezeichneten die Sprachkenntnisse bei nur 71% ihrer PatientInnen als ausreichend, sie benötigten bei 15% der Fälle SprachmittlerInnen. Offen bleibt, ob dies überwiegend an der unterschiedlichen Zusammensetzung der Klientel oder an unterschiedlichen Einschätzungen der Sprachkenntnisse durch die TherapeutInnen liegt.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Arbeit mit den Eltern von in Therapie befindlichen Kindern und Jugendlichen: Die TherapeutInnen ohne MH bezeichneten die Deutschkenntnisse bei 78% der Eltern als ausreichend für Beratungsgespräche, bei 13% als teilweise ausreichend, bei 9% der Eltern war der Einsatz von DolmetscherInnen notwendig.

Die TherapeutInnen mit MH bezeichneten bei nur 63% der Eltern die Sprachkenntnisse als ausreichend, bei 12% der Eltern als teilweise ausreichend, bei rund einem Viertel hielten sie den Einsatz von SprachmittlerInnen für notwendig. 21% der PT ohne MH bzw. 23% derer mit MH gaben an, bereits Erfahrungen in der Arbeit mit SprachmittlerInnen zu haben.

45% der Befragten gaben an, bereits einmal in einer anderen Sprache gearbeitet zu haben, rund 10% hatten bereits in mehreren Fremdsprachen gearbeitet, wo-

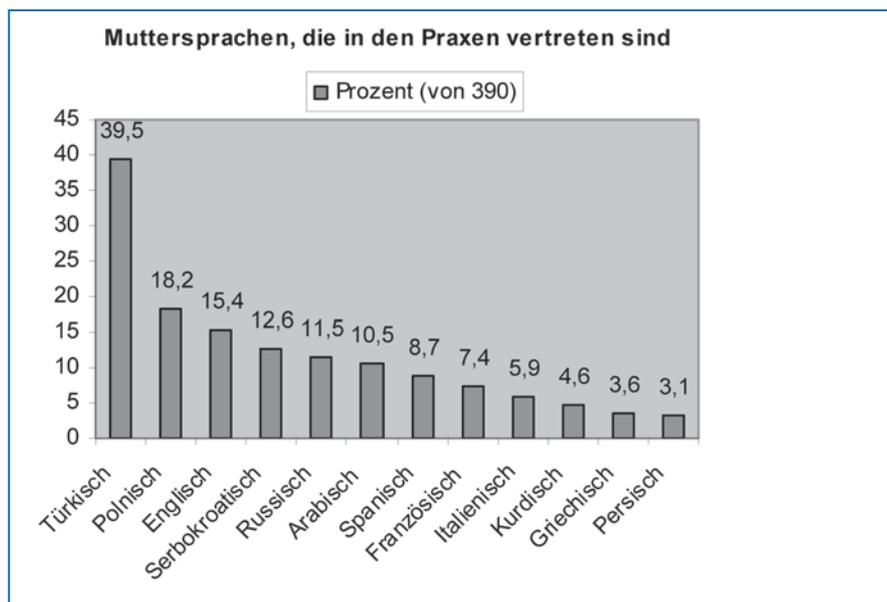


Abb. 3: Übersicht über die in der Psychotherapiepraxis gesprochenen Sprachen

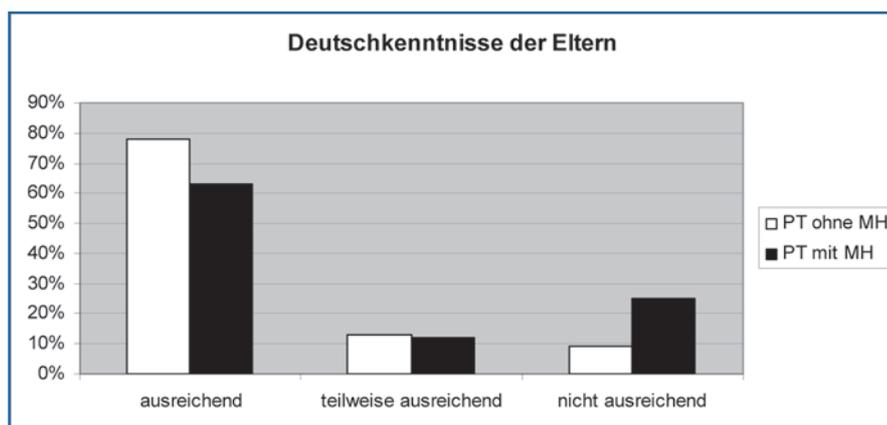


Abb. 4: Deutschkenntnisse der Eltern

bei der Anteil unter den PT mit MH mit 18% höher ist als unter jenen ohne MH (8,2%). Entsprechend hatten auch knapp ein Drittel der PT m MH bereits nicht-deutsche Materialien bzw. Informationsmaterial in Fremdsprachen verwendet, aber nur rund ein Sechstel der PT o MH. Während ein Drittel (34%) der Befragten sowohl mit als auch ohne MH bereits eine Psychotherapie in englischer, 6% in französischer und 4% in spanischer Sprache durchgeführt hatten, kamen andere Sprachen fast ausschließlich bei PT m MH vor. So hatten sogar 10% der PT m MH Psychotherapien in spanischer, 13% in türkischer, 8% in russischer, 5% in portugiesischer und 4% in italienischer Sprache durchgeführt.

Kultursensibles Arbeiten

Einige Befragte nannten ein unterschiedliches Krankheitsverständnis, das insbesondere in der Anamneseerhebung zu Tage tritt, als einen auf Patientenseite erschwerenden Faktor für eine Behandlung. 14% der PT m MH, aber nur 9% derer ohne MH nannten als Herangehensweise „Patient als Experte“, von dem sie sich eventuelle kulturelle Besonderheiten erklären ließen.

13% der Befragten hoben den **konstruktiven Umgang** mit Sprachschwierigkeiten hervor. Besonders betont wurden dabei verschiedene Kommunikationsmethoden von der einfachen, bildhaften Sprache, dem Nachfragen zum (sprachlichen) Verständnis, der Wiederholung des Gesagten bis

zum Kommunizieren über „Umwege“ und nonverbale Methoden. Weiterhin wurden Geduld, das Thematisieren von Differenzen, Vorbehalten und Missverständnissen, Literaturstudium und Fortbildung sowie Supervision und Intervention häufig als Lösungsansätze genannt (von 7-8% der Befragten).

Gleichwohl bejahten 25% der PT ohne MH und 18,2% jener mit MH, dass in Einzelfällen Kulturdifferenzen dazu geführt hatten, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht durchgeführt werden konnte.

Als Voraussetzung für kultursensibles Arbeiten wurden genannt:

- kulturspezifische Kenntnisse,
- Offenheit gegenüber der anderen Kultur,
- Toleranz, Akzeptanz und Respekt,
- Neugier,
- Empathie und Sensibilität.

Darüber hinaus hielten jeweils knapp 10% der PT ohne und mit MH übereinstimmend Behandlungsmöglichkeiten in der Muttersprache und eine kritische Reflexion der eigenen Werte und Normen für notwendig.

Insgesamt hatten mehr als ein Drittel (35%) der Befragten bereits an spezifischen Fortbildungen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund teilgenommen. Mehr als die Hälfte der Befragten (51,3%) hatte Interesse an Fortbildungen in diesem Bereich. Auch wenn schon rund 50% der befragten PT m MH solche Fortbildungen absolviert hatte (gegenüber 30% der PT o MH), war bei ihnen das Interesse an entsprechenden Fortbildungen mit 62% der Befragten größer als bei den PT o MH (48%).

Fazit

Die Befragung der Mitglieder der Berliner Psychotherapeutenkammer zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund allmählich „in den Praxen ankommen“ und von den dort tätigen PsychotherapeutInnen nach Möglichkeit behandelt werden. Die PsychotherapeutInnen, die kultursen-

sibel arbeiten, verfügen über theoretische und praktische Kenntnisse in der interkulturellen Arbeit und reflektieren ihr Tun.

Die genannten Wartezeiten für ambulante Behandlungen sind in den Bezirken, in denen der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund besonders hoch ist, besonders lang. Es ist daher weiter von einer Unterversorgung auszugehen, die z. B. in Freitextkommentaren der Befragten benannt wurde. Angesichts der von vornherein hohen Prävalenz an MigrantInnen in bestimmten Bezirken der Stadt Berlin und eines veränderten Inanspruchnahmeverhaltens der jüngeren Generation in Bezug auf Psychotherapie sollte zeitnah über bezirkliche Sonderbedarfszulassungen von PP und KJP nachgedacht werden.

Die Arbeit mit qualifizierten Sprachmittlern sollte durch entsprechende Fortbildungen unterstützt werden. Der Einsatz einer Hilfs-Fremdsprache wie Englisch kann nur bei einem kleinen Teil der PatientInnen erfolgreich angewendet werden.

Die Befragten haben Anregungen gegeben zur Verbesserung der Situation durch gezielte Fortbildungsangebote und zur Verankerung des Themas in der Ausbildung. Vorgeschlagen wurden insbesondere Angebote zu kulturellem und religiösem

Hintergrundwissen sowie Materialien zur Arbeit im interkulturellen Raum.

Als wichtige Bausteine für kultursensible ambulante Psychotherapie wurden die Behandlungsmöglichkeit in der Muttersprache des Patienten bzw. der Patientin sowie eine kritische Reflexion des jeweiligen kulturellen Hintergrunds, das heißt der eigenen Normen, Werte und Vorurteile und deren Berücksichtigung in der Therapie, genannt.

Die Mitgliederbefragung der PTK basiert auf Selbstangaben, wobei soziale Erwünschtheit ggf. eine Rolle spielt. Eine vertiefende qualitative Untersuchung zu kultursensibler Behandlung wäre hilfreich.

Die Mitgliederbefragung der PTK Berlin macht deutlich, dass es schon heute ein Angebot ambulanter Psychotherapie für MigrantInnen in Berlin gibt. Die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen wird auch weiterhin bemüht sein, dieses Angebot aufrecht zu erhalten, weiter zu verbessern und auszubauen. Die Sicherstellung einer kultursensiblen Psychotherapie ist dabei die Minimalforderung. Vor dem Hintergrund des großen Anteils von BerlinerInnen mit Migrationshintergrund sollten sich PTK Berlin und ihre Mitglieder mittelfristig auf Leitlinien für ein kulturkompetentes Behandlungsangebot verständigen.

Landespsychotherapeutentag 2011

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Psychotherapeutenkammer Berlin veranstaltete die Kammer am 2. April 2011 ihren 7. Landespsychotherapeutentag zum Thema „Psychotherapeutische Versorgung“.

Staatssekretär Prof. Dr. Benjamin-Immanuel Hoff lobte das engagierte und selbstbewusste Auftreten der Berliner Psychotherapeutenkammer in der Gesundheitspolitik. Auch Dieter Best, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), betonte: „Die Psychotherapie ist zu einer wichtigen Säule des deutschen Gesundheitswesens geworden. Der Wert der Psychotherapie, nicht nur bei der Behandlung psychischer Krankheiten, sondern auch bei körperlichen Krankheiten,

bei denen psychische Faktoren beteiligt sind“, werde zunehmend erkannt.

Über neueste epidemiologische Forschungsergebnisse zu psychischen Erkrankungen und Ideen zur Versorgungsoptimierung referierte Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen. Bundestagsabgeordneter Prof. Dr. Karl Lauterbach sprach zu den „Perspektiven für die psychotherapeutische Versorgung im Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Medizin und Politik“.

Einen Bericht sowie die einzelnen Vorträge finden Sie auf unserer Kammerwebsite: http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/termine/event_17608.html

Literatur

- 1 http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-integration-migration/statistik/pk_praesentation_afs_bed_bf.pdf?start&ts=1303204439&file=pk_praesentation_afs_bed_bf.pdf
- 2 vgl. www.susi-frauen-zentrum.com/pdf/berlinererklaerung.pdf
- 3 Ravens-Sieberer, U., Nickel, J., Bettge, S., Schulz M., Helle, N., Hermann, S. & Meinschmidt, G. (2008). Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: die WHO-Jugend-Gesundheitsstudie für Berlin und Hamburg. Hamburg: Dr. Kovac.
- 4 Mösko, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2010). Unveröffentlichter Fragebogen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Arbeitsgruppe Migration.
- 5 Orlandi, M. A. (1992). Defining cultural competence: an organizing framework. In OSAP (ed.), Cultural Competence for evaluators. Washington: US PHHS Publ.

*Karin Jeschke,
Wissenschaftliche Referentin*

*Dorothee Hillenbrand,
Vizepräsidentin*

Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, Pilar Isaac-Candeias, Dr. Beate Locher, Ute Meybohm, Brigitte Reysen-Kostudis, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen.

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel. 030 887140-0; Fax -40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de