

Praxisbericht

Das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision, Charité Campus Mitte (ZIPP)-

Wohlfart/ Kluge

Das ZIPP wurde im September 2002 gegründet. Das Zentrum besteht aus einer dreigliedrigen Struktur: der interdisziplinären, interkulturellen Forschungsgruppe, der ethnopsychiatrischen Ambulanz und verschiedenen Fort- und Weiterbildungsangeboten inklusive einer interkulturellen Supervisionsgruppe und der Expertenfunktion in politischen Gremien.

Die Ethnopsychiatrische Ambulanz ist in die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Mitte der Charité integriert. Konzeptionell verankert sind das Ziel der Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung, die Entwicklung von Leitlinien zur interkulturellen Kompetenz, die eine kulturell sensible Herangehensweise in der Behandlung und den Abbau von Zugangsbarrieren zur psychiatrischen Versorgung gewährleisten soll, sowie die Erleichterung einer interkulturellen Kommunikation. Hierzu bietet die ethnopsychiatrische Ambulanz ein spezifisches Behandlungsangebot im Rahmen der Regelversorgung an. Die oberste Prämisse ist die Integration von Migranten/Menschen aus anderen soziokulturellen Kontexten in die Strukturen der Regelversorgung, statt einer räumlichen und sozialen Separierung. Grundlage für das Behandlungsangebot sind die interkulturelle/interdisziplinäre Teamstruktur, bestehend aus Psychiatern, Psychologen, Ethnologen, Sozialwissenschaftlern und Sozialarbeitern) und der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern in sämtlichen Behandlungssettings.

Alle Mitarbeiter der Ethnopsychiatrischen Ambulanz sind in der PIA angestellt und somit für die Behandlung aller Patienten, ob mit oder ohne Migrationshintergrund, zuständig. In der PIA/Ethnopsychiatrischen Ambulanz tätig sind vier PsychiaterInnen/ PsychotherapeutInnen, vier PsychologInnen und eine Sozialarbeiterin. Hierzu kommen Ethnologen, Kultur- und Sozialwissenschaftler sowie Sprach- und Kulturmittler, die auf Honorarbasis finanziert werden. Die meisten Mitarbeiter verfügen über einen eigenen Migrationshintergrund, sind mehrsprachig oder haben eine spezifische Kompetenz in kulturwissenschaftlichen/ sozialwissenschaftlichen Bereichen. Diese interkulturelle Teamstruktur ermöglichte es, ein Team aufzubauen, das über begleitende Supervision an die interkulturelle Teamarbeit und Kommunikation herangeführt wurde. Es ist nicht nur im Hinblick auf Patienten, sondern auch im Rahmen eines interkulturellen Teams notwendig, Unterschiede verstehen zu lernen, sie nicht ausklammern zu müssen und gegenseitig auch im Hinblick auf die eigene „Kulturblindheit“ kritikfähig zu werden. Die kulturelle Vielfalt im Team, die Arbeit mit Dolmetschern als Sprach- und Kulturmittler und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ethnologen und Sozialwissenschaftlern gewährleistet die Umsetzung eines interkulturellen, kulturreflektierenden Behandlungsansatzes.

Die Pilotarbeit der Ethnopsychiatrischen Ambulanz im Bereich Transkultureller Psychiatrie und Interkultureller Psychotherapie ist für die Jahre 2002-2008 begleitend evaluiert worden. Die Zahlen der Inanspruchnahme durch 617 nicht- deutsche PatientInnen, die sich aus 86 Herkunftsnationen zusammensetzen, belegen die interkulturelle Öffnung der Ambulanz.

Zusammenfassung der Daten der Begleitevaluation der Ethnopsychiatrischen Ambulanz im ZIPP:

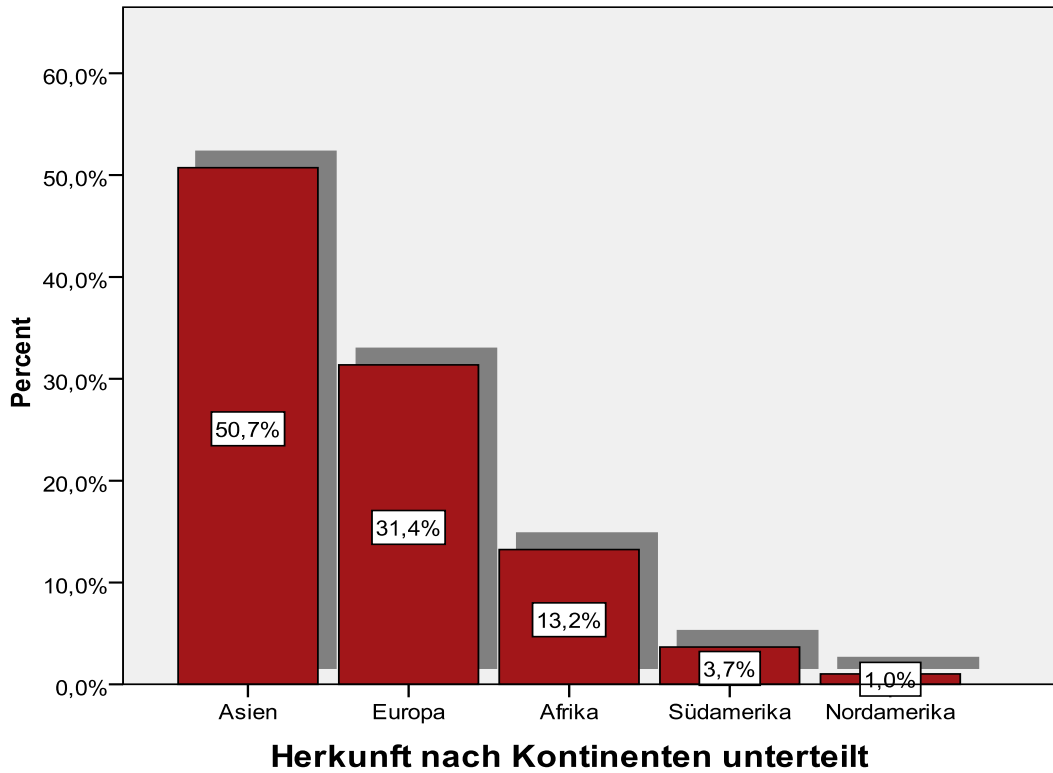


Abb.1

Die Diversität der Herkunftsländer ist, nach Kontinenten zusammengefasst in Abb. 1 sichtbar. Daran wird deutlich, dass die Inanspruchnehmenden nicht in erster Linie türkischstämmige MigrantInnen sind. Vielmehr bilden die Zahlen eine Internationalisierung der Klientel ab.

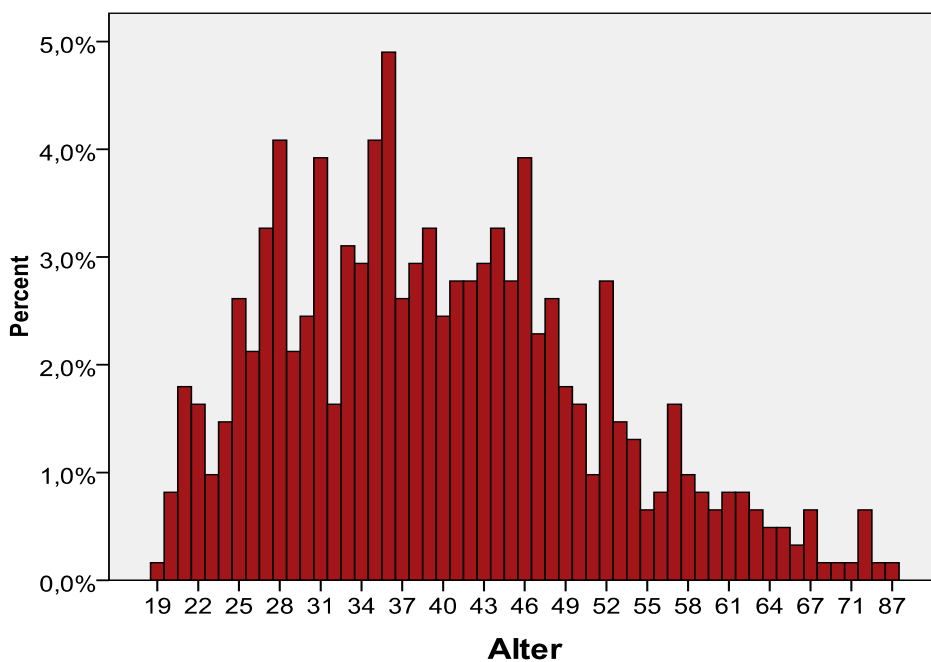


Abb. 2

Bei einem Altersdurchschnitt von ca. 40 Jahren (Abb. 2) nehmen ca. 61 % weibliche und ca. 39 % männliche Patienten die Ambulanz in Anspruch (Abb. 3). Dabei sind vor allem asiatische und südamerikanische Männer unterrepräsentiert.

50 % der PatientInnen sind zwischen 25 und 40 Jahren alt. Das Migrationsalter liegt bei durchschnittlich 15 Jahren. Darüber hinaus zeigen die Zahlen, dass eine erhöhte Inanspruchnahme der Ambulanz durch die zweite und dritte Generation der Klientel mit Migrationshintergrund erfolgt. Dies spricht dafür, dass gerade diese Gruppe; die Kinder derer die migriert sind, besonderen psychischen Anforderungen und Belastungen ausgesetzt sind, die unseren Erfahrungen nach vor allem darin bestehen, den Erwartungen und Anforderungen der Elterngeneration mit deren Werten und Normen einerseits und den Anforderungen und Normen der Mehrheitsgesellschaft andererseits gerecht zu werden und sich in diesem „Dazwischen“ zu verorten.

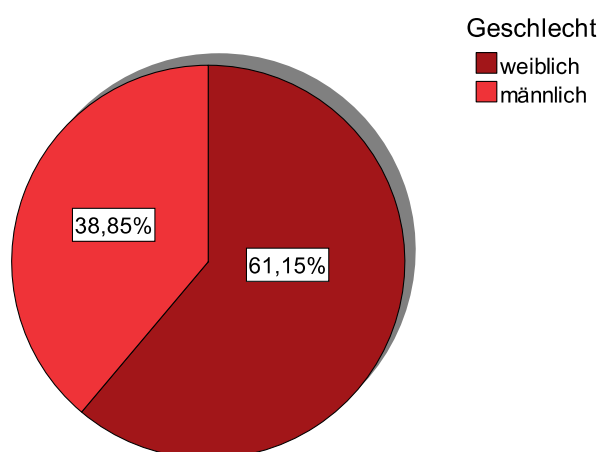


Abb. 3

Zum Religionshintergrund der PatientInnen lässt sich sagen, dass 30,5 % der PatientInnen einen christlichen Hintergrund angaben, 63,2 % einen muslimischen und 6,3 % der PatientInnen sich auf andere Religionsgruppen aufteilen. Eine große Gruppe der PatientInnen mit einem muslimischen Religionshintergrund kommt aus Ländern des afrikanischen Kontinents. Der größte Teil der Klientel; 33,9 % ist im Besitz einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis, 29,4% haben eine befristete Aufenthaltserlaubnis, 11,9% sind deutsche Staatsbürger und 4,8% der PatientInnen sind lediglich geduldet (Aussetzung der Abschiebung).

Die intensive Netzwerk- und Gremienarbeit, ebenso wie die Kooperation mit den verschiedenen Gesundheitsdiensten, Versorgungseinrichtungen und niedergelassen arbeitenden Kollegen hat dazu beigetragen, dass das Angebot der Ethnopsychiatrischen Ambulanz über die Charité hinaus in einer Vielzahl von Einrichtungen der Regelversorgung, der komplementären Versorgung ebenso wie in den MigrantInnen Communities wahrgenommen wird. Diese Tatsache wird in den unterschiedlichen Zugangswegen (siehe Abb. 4) zur Ambulanz deutlich. Die verschiedenen Abteilungen der Charité machen insgesamt 35% der Zuweisungen aus. Selbstmelder und „über Freunde“ sind die nächstgrößere Gruppe der Zugangswege und machen 22% aus, neben dem hohen Anteil von 21 % Zuweisungen über ambulante Ärzte und Psychotherapeuten. Selbstmelder sind normalerweise im ambulanten psychiatrischen System nicht erwünscht, da die Zuweisung in Spezialeinrichtungen über den Hausarzt, bzw. Allgemeinärzte stattfinden sollte. Im Falle der ethnopsychiatrischen Ambulanz weist diese Zahl jedoch darauf hin, dass die Zugangsbarrieren zur Ambulanz besonders niedrigschwellig sind.

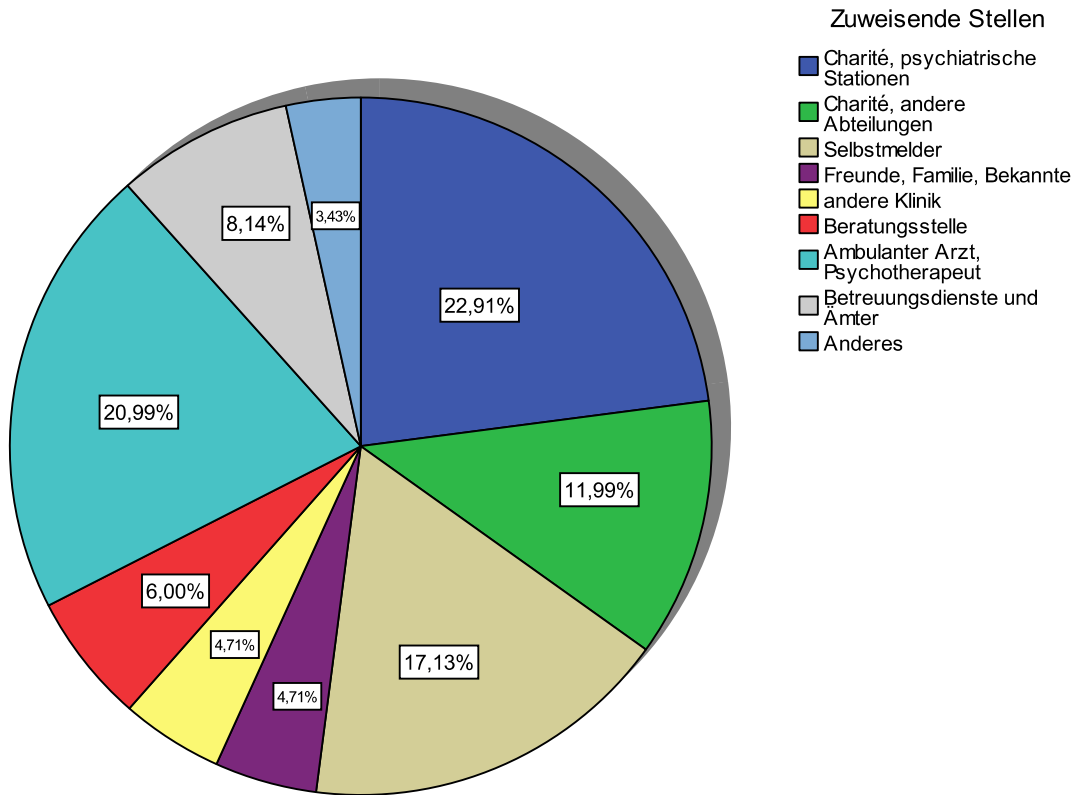


Abb. 4

Die Inanspruchnahme der Ambulanz ist vor allem in den Jahren zwischen 2006 und 2008 enorm angestiegen (siehe Abb. 5), dem keine Personalstellenerhöhung zugrunde liegt.

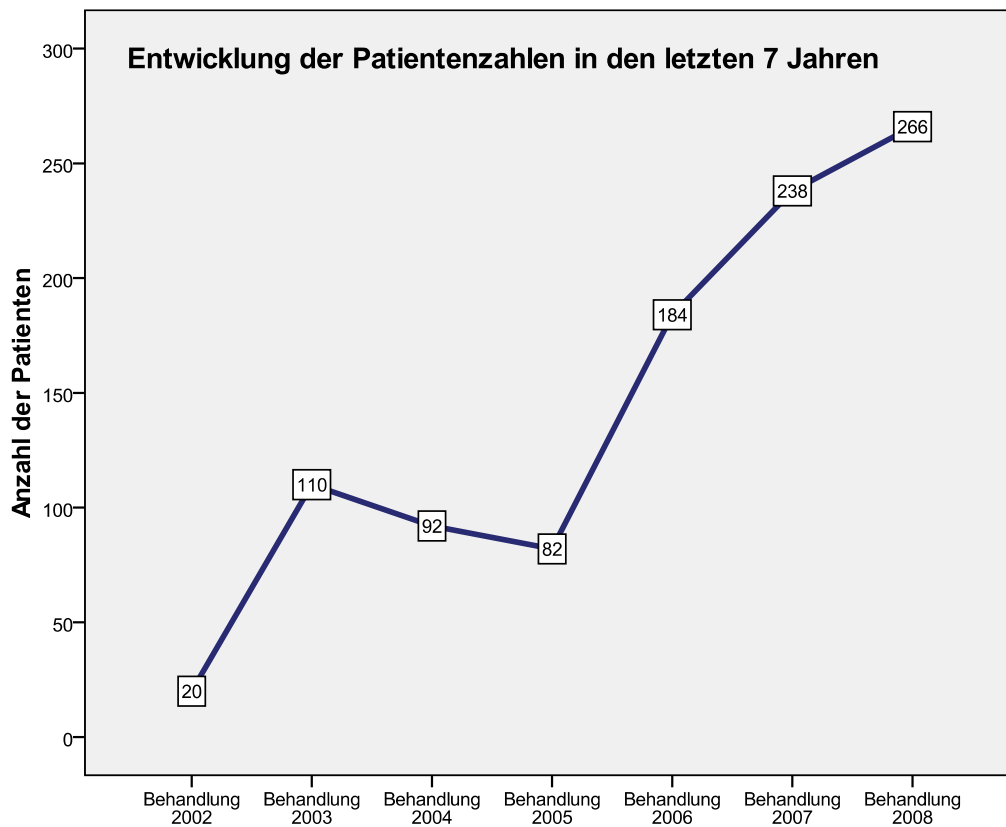


Abb. 5

Insgesamt werden die PatientInnen in der Ethnopsychiatrischen Ambulanz in 50 verschiedenen Muttersprachen behandelt. 56,6 % der Klientel der Ethnopsychiatrischen Ambulanz verfügen über keine, 20,4 % über mäßige Deutschkenntnisse. Nur 23 % verfügen über gute bis sehr gute Kenntnisse der deutschen Sprache, die eine deutschsprachige Behandlung ermöglichen würden. Psychotherapeutische Behandlungen werden jedoch bis auf wenige Ausnahmen in der Muttersprache der PatientInnen durchgeführt. In 30 % der Behandlungsfälle (also in ca. 180 Fällen) der letzten 6 Jahre sind dazu einmalig oder regelmäßig Dolmetscher hinzugezogen worden, während ca. 60 % der Behandlungen in der Muttersprache der PatientInnen ohne Dolmetscher durchgeführt worden sind (siehe Abb. 6). Diese Zahl erklärt sich aus der Tatsache, dass das interkulturelle Behandlungsteam Sprachkompetenzen in englisch, französisch, spanisch, portugiesisch, italienisch, türkisch, griechisch, kroatisch und serbokroatisch einbringt.

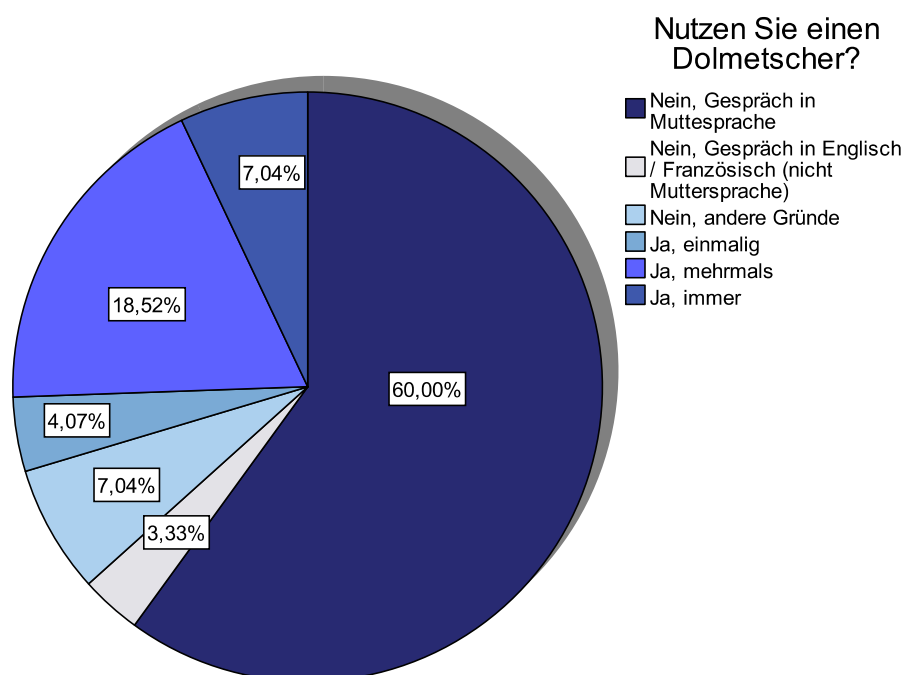


Abb. 6

Zur Diagnosestellung lässt sich sagen, dass 44,5 % der Klientel eine Erstdiagnose aus dem Bereich der F4- Störungen (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) erhielt, 24,9% eine F3- Störung (affektive Störungen) und 17,3 % eine F2- Störung (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) (siehe Abb.7). Hieraus wird ersichtlich, dass ein Großteil der PatientInnen an Anpassungsstörungen, bzw. Belastungsstörungen leidet, hierbei besteht auch kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. Dieser besteht lediglich hinsichtlich der F3 und F2- Störungen. Eine F3- Diagnose wurde bei Frauen deutlich häufiger gestellt, während F2- Diagnosen bei Männern häufiger gestellt wurden. Zwischen Erst- und Zweitdiagnose bestehen keine signifikanten Unterschiede, lediglich die Suchtdiagnosen nehmen bei der Zweitdiagnose zu.

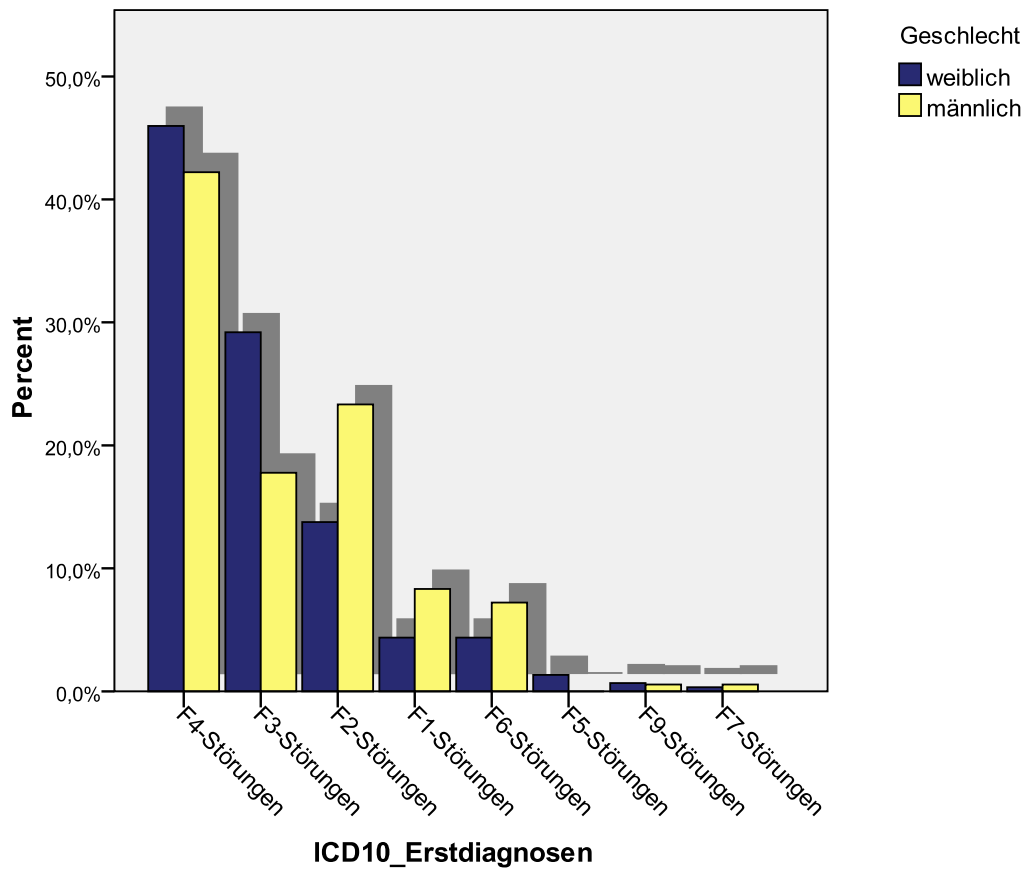


Abb. 7

Entsprechend des Versorgungsauftrages für Institutsambulanzen bestätigen auch die Zahlen der Ethnopsychiatrischen Ambulanz, dass die Behandlungsdauer in über 60 % der Fälle weniger als ein Jahr dauert. Eine Behandlungsdauer von mehr als 4 Jahren ist vernachlässigenswert gering.