



Das transkulturelle Psychoforum
hrsg. von Thomas Heise

17

Migration und kulturelle Verflechtung

Beiträge zum 3. Kongress des DTPPP
in Zürich 2009



herausgegeben von

Solmaz Golsabahi, Bernhard Küchenhoff &
Thomas Heise

Migration und
kulturelle Verflechtungen

Das transkulturelle Psychoforum
Band 17

herausgegeben von

PD Dr. Dr. Thomas Heise

ISSN 1435-7844

Migration und kulturelle Verflechtungen

3. Kongress des
Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik im
deutschsprachigen Raum e.V.
(DTPPP)

11.-13. September 2009
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

hrsg. von

Solmaz Golsabahi, Bernhard Küchenhoff
&
Thomas Heise

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung
2010

Titelabbildung:

„Transkulturelles Wechselspiel Nähe – Ferne – Nähe“

Idee: Thomas Heise

Foto: Solmaz Golsabahi

ISBN 978-3-86135-189-4

Verlag und Vertrieb:

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

Amand Aglaster

Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin

Tel.: +49-30-251 04 15 • Fax: +49-30-251 11 36

info@vwb-verlag.com • www.vwb-verlag.com

Copyright:

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2010

Inhalt

Zum ehrenden Gedenken Prof. Dr. med. NOSSRAT PESECHKIAN	9
---	---

Vorwort

BERNHARD KÜCHENHOFF: Migration und kulturelle Verflechtungen	13
---	----

Grundlegende Gedanken zur transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie

MARIO ERDHEIM: Lebensformen, Gesundheit, Krankheit und Therapie in unterschiedlichen Kulturtypen	19
THOMAS HEISE: Spiritualität in der transkulturellen Psychotherapie und Psychiatrie. Wie stellen wir uns dazu?	27
NORBERT ANDERSCH: Kein Unterschied – Nirgends: Über die radikale transkulturelle Gleichheit der Grundformen der Bewusstseinsbildung	37
WIELANT MACHLEIDT & TORSTEN PASSIE: Schamanen und traditionelle Heiler – Die Ahnen der modernen Psychotherapie?	49

Konzeptuelle Überlegungen zur transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie

MAYA NADIG: Zur Psychodynamik transkultureller Begegnungen	59
MAGDALENA STÜLB & YVONNE ADAM: Transkulturalität und Transkulturelle Kompetenz – Neue Ansätze im Gesundheitswesen	69
MASCHA DABIČ: „... und woher kommt die Dolmetscherin?“ – Zur Bedeutung der Herkunft von Dolmetschern in der interkulturellen Psychotherapie	79
GESA KRÄMER & KIRSTEN NAZARKIEWICZ: Kulturreflexivität als Kompetenz in Therapie und Coaching	85

NOSSRAT PESECHKIAN: Positive Psychotherapie im Zeitalter der Globalisierung und Radikalisierung: 5 Stufen der Konfliktverarbeitung	95
 Transkulturelle Ansätze in der täglichen Praxis	
ANKE KAYSER & HEINRICH KLÄUI: Mainstreaming Migration und transkulturelle Kompetenz – eine Querschnittsaufgabe in der transkulturellen Psychiatrie	109
MARCEL BOSONNET: Grundzüge des Schweizer Ausländer- und Asylrechts	121
PETRA WERTHER & RAINER FRITZ: Kulturen zum Thema machen – Transkulturelle Gesprächsgruppe („Kulturgruppe“) im Kontext einer Psychotherapiestation für MigrantInnen	129
REGINE SCHRADER & MARTIN VEDDER: Transkulturelle Praxis in der Gemeindepsychiatrie	139
RAINER FRITZ & PETRA WERTHER: Die Umsetzung der „Migrant Friendly Hospital“-Kriterien in den Psychiatrischen Diensten Thurgau, Schweiz	157
HEIDI SCHÄR SALL, MATTHIS. SCHICK & BERBHARD KÜCHENHOFF: Theorie und Praxis der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich	167
DIPANKAR DAS, SIGRID TAVAS & JOACHIM KÜCHENHOFF: Institutionelle Schritte der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Baselland zur Kompetenzförderung in der Behandlung von Migranten	181
SUSANNE SCHLÜTER-MÜLLER: Behandlung traumatisierter unbegleiteter Flüchtlingskinder mit Unterstützung eines Kulturvermittlers	193
JULIA HUEMER, SABINE VÖLKL-KERNSTOCK & MAX FRIEDRICH: Trauma-assoziierte Psychopathologie bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Österreich	199
SANELA PIRALIC SPITZL, FABIAN FRIEDRICH, MARION FREIDL & MARTIN AIGNER: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Schmerzen bei MigrantInnen	203
LENKA SVEJDA-HIRSCH: Transkulturelle körperorientierte Frauengruppe – ein Pilotprojekt, entstanden in multilateraler, interdisziplinärer und interkantonaler Zusammenarbeit	211

Kulturspezifische Arbeitsergebnisse

VITALIJ KAZIN:

Migration und Opiatabhängigkeit bei russlanddeutschen Spätaussiedlern. Eine vergleichende Studie aus dem Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren 221

DIPANKAR DAS:

InDia: Psychosoziale Spannungsfelder bei Menschen aus dem südasiatischen Subkontinent und ihre Bedeutung für Akkulturation und Psychotherapie 235

ARNE STEINFORTH:

Verrückte Psychiater! Kosmologie, sozialer Konflikt und Heilung im südöstlichen Afrika 247

JENNI KEEL, JULIA MÜLLER & ANDREAS MAERCKER:

Ko-konstruieren Kultur und Werte die posttraumatische Belastungsstörung? Eine Studie in China und Deutschland 257

Therapie und Gesundheitsförderung zugleich: Transkulturelle, körperorientierte Frauengruppe – ein Pilotprojekt, entstanden in multilateraler, interdisziplinärer und interkantonaler Zusammenarbeit

LENKA SVEJDA-HIRSCH

Abstract:

Die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) des Kantons Basel-Landschaft, Schweiz, bieten seit Jahren verschiedene Gruppenangebote für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund an. Personelle Umbrüche als auch Veränderungen bei den Kostenträgerstrukturen führten zu einer Reevaluation der Angebote und einer Neulancierung in Zusammenarbeit mit dem Verein „Gsünder Basel“, und somit einer finanziellen Unterstützung beider Basler Kantone. Das neue Gruppenangebot, geleitet von einer Bewegungspädagogin, wurde nach mehrfachen Versuchen schliesslich öffentlich ausgeschrieben mit dem Ziel, jegliche Art von Vorurteilen und Diskriminierung zu verhindern und simpel mit „Schwimmen für Migrantinnen“ benannt: banal? Ja! Aber erfolgreich. Die Zielgruppe sind sowohl Patientinnen der EPD als auch tendenziell vulnerable Frauen mit einem Migrationshintergrund ohne psychiatrische Diagnose aber dem Bedürfnis nach einem geschützten Rahmen, bei welchem nicht die Erkrankung im Vordergrund steht, sondern das individuelle Erfolgserlebnis. Das Gruppenangebot ist ganzheitlich integrativ (auch sprachlich), unterstützend, transkulturell, nicht stigmatisierend und ressourcenorientiert. Die Frauen haben in etwas Neuem Vertrauen gefunden und damit auch zu sich selbst, zum eigenen Körper. Nicht die Erkrankung oder Schmerzen stehen im Vordergrund, sondern es werden kollektiv geteilte Freude, Vertrauen und Stärkung vermittelt. Die externe Kursleiterin wird von den EPD supervidiert und das Pilotprojekt ist ein Erfolg, so dass nun bereits unter Berücksichtigung der Gender-Aspekte und gesundheitlichen Chancengleichheit an einen „Schwimmkurs für Männer“ gedacht wird. Mit der Präsentation dieses Pilotprojektes wollen wir neue Wege der Zusammenarbeit und Angebotsentwicklung für Psychatriepatienten, insbesondere Schmerzpatienten, aufzeigen und andere ermutigen, innovative und sozial integrative Projekte zu lancieren.

1. Externe Psychiatrische Dienste: Wer kommt zu uns?

Die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) des Kantons Basel-Landschaft haben einen Leistungsauftrag zur Versorgung der erwachsenen (über 18-jährigen) Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft und tun dies von drei Standorten aus. An den drei Standorten gibt es insgesamt drei Ambulatorien, zwei Tageskliniken und ein Tageszentrum, das niederschwelligste strukturierende teilstationäre Angebot. Die erbrachten Dienstleistungen decken Schwerpunktthemen wie Triage und Abklärungen für Selbst- und Fremdzuweiser, Notfall- und Konsiliardienst, Gutachten, Forensik, Gerontopsychiatrie und ähnliches mehr ab. Der Personalbestand umfasst ca. 90

Mitarbeitende, inklusive Auszubildende, auf rund 60 Vollzeitstellen. Das um in aller Kürze den Institutionsrahmen zu verdeutlichen.

Auf Patientenebene sieht das wie folgt aus: Die EPD zählen rund 3'000 Fälle pro Kalenderjahr, die insgesamt rund 21'000 Konsultationen aufweisen, mehrheitlich als Einzelsitzungen. Die Patientinnen sind mit 56% leicht übervertreten. Das Alter der Patientinnen und Patienten liegt grösstenteils zwischen 30 und 55 Jahren. Von den 3'000 Fällen sind seit Jahren rund ein Drittel ausländische Patientinnen und Patienten, grösstenteils mit einem Migrationshintergrund wie der Blick auf den Bildungsstand und die sozioökonomischen Verhältnisse bestätigt. Zum Vergleich: die Wohnbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft wies im Jahr 2008 einen Anteil von 19% Ausländern auf. Die EPD behandeln also überproportional viele Ausländerinnen und Ausländer, davon die meisten aus der Türkei und aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens. Je nach aktueller weltpolitischer Krisensituation sind auch Asylsuchende darunter, durchschnittlich beträgt ihr Anteil etwa vier Mal so viel wie im ganzen Kanton gezählt werden. Von unseren ausländischen Patientinnen und Patienten, die alle eine andere Hauptsprache als Deutsch haben, sprechen knapp 21% gar kein Deutsch. In der Folge finanzieren die EPD mit einem sechsstelligen Betrag Dometscherkosten (p.a.), als *nicht* abgeltbare Dienstleistungen, die aber eine unabdingbare Notwendigkeit für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ausländischer Patienten darstellen. Diese begleitenden Kosten für Dolmetscherleistungen, ohne welche die Behandlung dieses Patientensegmentes nicht möglich wäre, sind ein Resultat des Bekenntnisses zur Praxis der transkulturellen Psychiatrie¹ auf Institutionsebene. Letztlich ist eine erfolgreiche therapeutische Intervention auch ein wirtschaftlich positiver Faktor: je erfolgreicher und kürzer die Behandlung, desto kostengünstiger für sowohl den Patienten als auch das Gesundheitswesen.

2. Gesundheitspolitischer Rahmen

In der Schweiz sind die Problemkreise bezüglich Gesundheit und Migrationsbevölkerung grösstenteils gut erforscht. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert regelmässig Studienresultate: Es ist erkannt, dass die Migrationsbevölkerung ein erhöhtes Risikoverhalten aufweist als auch, dass die soziale Schicht, arm zu sein, und das Geschlecht, Frau zu sein, zu den Risikofaktoren gehören (BAG 2002:6-7; vgl. SRK 2004). Die gesundheitsbezogenen, ungünstigen Verhaltensweisen gepaart mit den vorhandenen Lebensbedingungen, materiellen und psychosozialen Belastungen (sozioökonomisch, Arbeitsstatus, Aufenthaltsstatus etc.) führen oft zu einem schlechteren Gesundheitszustand. Das „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“ (BAG 2007), das den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Integration, resp. Integrationspolitik untersucht hat, ist bislang in seiner methodischen Vorgehensweise ein europäisches Pionierprojekt. Im Rahmen unseres eigenen, hier vorzustellenden Pilotprojektes sollen nun die wichtigsten Resultate des Gesundheitsmonitorings (GMM) zusammengefasst präsentiert werden:

- Die *psychische Gesundheit* von Migranten ist oft schlechter als diejenige von Schweizern (vgl. BFM 2006:5),
- *psychisch schlecht* fühlen sich bspw. 60% der türkischen Migranten (insgesamt fühlen sich 35% schlecht, davon 16% sehr schlecht²),

-
1. Im Gegensatz zu der von Weiss (2003:147ff) vertretenen These, dass Transkulturelle Psychiatrie das Thema Migration ausklammert.
 2. Gemäss Selbstdeklaration auf die Frage „Wie geht es Ihnen gesundheitlich?“ (BAG 2007:8,15).

- Frauen fühlen sich schlechter als Männer, Türkinnen weisen die tiefsten Werte auf, entsprechend findet sich bei den Türkinnen die höchste³ Behandlungsrate (BAG 2007:7,15-17).

Entsprechend sieht es auch in der EPD-Patientenstatistik aus, die türkeistämmigen Patientinnen und Patienten bilden seit Jahren die grösste Gruppe, gefolgt von solchen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens. Interessant ist, dass gerade bei diesen Gruppen sich auch die psychische Ausgeglichenheit mit zunehmendem Alter negativ entwickelt – während sich Schweizer und Deutsche mit zunehmendem Alter gesundheitlich eher gut und psychisch ausgeglichener fühlen (BAG 2007:17).

Aufgrund dieser dokumentierten Ausgangslage schlägt das BAG (2002) folgende Interventionsbereiche⁴ vor:

- *Niederschwellige Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte* wie „Gsünder Basel“-Angebote für Migrantinnen und Migranten, Ressourcenmobilisierung durch Information und Prävention
- Bildung: Aus-, Fort- und Weiterbildung für Fachpersonen, Vermittlung transkultureller Kompetenzen,
- Gesundheitsversorgung: Abbau der Zugangsbarrieren (siehe SALADIN 2006),
- Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich,
- Kommunikation, Vernetzung von Fachleuten und Forschung: Wissenserweiterung.

Das gesundheitspolitische Ziel wurde als „*Aufbau einer Ressourcengemeinschaft*“ formuliert. In der Strategiephase II von „Migration und Gesundheit“ (BAG 2008b) wurde neu die Herausforderung einer „sozio-kulturellen Diversität“ der Wohnbevölkerung im Rahmen der Bewältigung von Gesundheitsfragen erkannt. Das Ziel heisst neu: Gewährleistung von *Chancengleichheit* im Gesundheitssystem für „Personen mit Migrationshintergrund“ in der Schweiz (BAG 2008b:9) Die Handlungsfelder der Phase II wiederholen zum Teil schon gefordertes, darunter auch die „Gesundheitsförderung und Prävention“, über die migrationsgerechte Angebote, Gesundheitskompetenzen und Informationen vermitteln werden sollen. Neu hinzugekommen ist die Forderung nach professionellen Dolmetscherdiensten in den Institutionen als auch die Querschnittsaufgabe „*Mainstreaming Migration*“⁵ (BAG 2008b:23-27; vgl. BAG 2008a).

Dieser gesundheitspolitische Rahmen, der die Chancengleichheit⁶ als Prämisse postuliert und die Tatsachen, dass „Personen mit Migrationshintergrund“⁷ (BAG 2008b:9) generell unter einem schlechteren Gesundheitszustand, einem subjektiv schlechteren Befinden und insbesondere unter einem schlechteren psychischen Wohlbefinden leiden (vgl. BFM 2006:5ff), führt zu dem hier

-
3. Gemäss Anteil an der ständigen Wohnbevölkerung: 23% der Türkinnen lassen sich aufgrund psychischer Probleme behandeln, die zweithöchste Quote weisen Kosovo-Albanerinnen auf (BAG 2007:17).
 4. BAG Interventionsbereiche 2002-2007, Strategie-Phase I, gefolgt von Phase II, 2008-2013 (BAG 2002, 2008b).
 5. Bezeichnet die systematische Verankerung der Migrationsdimension in allen gesundheitsrelevanten Entscheidungsfindungsprozessen und Massnahmen (BAG 2008a:22).
 6. Chancengleichheit bedeutet, alle Personen haben dieselbe Chance ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen (BAG 2008b:21).
 7. Personen mit Migrationshintergrund sind alle in der Schweiz wohnenden Personen, die bei der Geburt eine ausländische Nationalität hatten, also sowohl in der Schweiz wohnhafte Ausländer als auch eingebürgerte Personen (2. Generation, „ehemalige Ausländer“). Der Begriff Migrationsbevölkerung dagegen meint (alle) Personen mit einem ausländischen Pass (BAG 2008b:9).

vorzustellenden Projekt. Nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass Gesundheit nicht isoliert im Raum steht, sondern im Gesamtzusammenhang mit Schicht und Herkunft, Bildung, Arbeitssituation, sozialen Beziehungen, der Lebenswelt eines Individuums generell steht, und der Gesundheitszustand letztlich ein Ausdruck dieser sich wechselseitig bedingenden Wirkfaktoren ist.

3. Transkulturelle, interaktive Angebote an den EPD: gestern und heute

Die EPD haben seit über zehn Jahren rund einen Drittel Patienten mit Migrationshintergrund. Das Augenmerk liegt seit ca. 1995 auf diesem Patientensegment, welches mitunter sehr ressourcenintensiv in der Behandlung sein kann, das Setting ist oft von einer überdurchschnittlichen Komplexität. Es sind nicht nur die sprachlichen Barrieren und die mangelnde *Compliance*, es sind teilweise auch ein (trans-)kulturelles Unverständnis sowie die multiplen, psychosozialen Problemlagen, die die Behandlung erschweren. Bereits 1999 wurde deshalb in einer erweiterten, interdisziplinären Arbeitsgruppe⁸ ein erstes Konzept zur migrations-/integrationsspezifischen Gesundheitsversorgung (MIGEVA) verfasst. Einer der Schwerpunkte waren damals schon die therapeutischen Gruppenangebote mit systemischem Ansatz. Es sollte fortan ressourcenorientiert, Selbsthilfe fördernd, in vertrauensvollere Atmosphäre ein positives Gemeinschaftserleben ermöglicht werden. Dazu wurden Wissensmultiplikation (spezifische Weiterbildungen), ein interdisziplinäres und vernetztes Arbeiten (vielfältige Problemlagen) sowie interkulturelle Mediation als notwendig erachtet.

Früher wurde die Gruppenangebote gemäss aktuellem Wissensstand kulturspezifisch, Herkunftskultur stärkend/ bejahend und entsprechend möglichst in der Herkunftssprache, meistens geschlechtsspezifisch konzipiert. Es gab bspw. eine „Latino Gruppe“ und Milieuthérapieangebote für je türkische, kurdische und albanische Patienten sowie Aktivierungsgruppen für je türkische Patientinnen und Patienten.

Heute sind die Gruppen transkulturell konzipiert, integrativ (Herkunfts- und Lokalkultur bejahend), möglichst in Deutsch und, dort wo es Sinn macht, nach wie vor nach Geschlecht getrennt. Es werden z.B. angeboten: Schmerzgruppe für Fremdsprachige, Aktivierungsgruppe für Frauen mit Migrationshintergrund und Soziotherapien (aktivierend mittels Laufen oder Schwimmen). Schliesslich gibt es seit kurzem das delegierte Gruppenangebot „Schwimmen für Migrantinnen mit psychischen Problemen“, eine bewusst niederschwellige, offene Gruppe mit dem Ziel, schwimmen zu lernen (administriert von Gsünder Basel).

Ein paar Grundgedanken zu Gruppen mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten: Grundsätzlich sollen die Teilnehmenden Momente der Freude, Aktivität, Wohlsein, Entspannung und soziales Eingebundenseins erleben, zudem können so die Einzeltherapiesitzungen entlastet werden. Das positive Erleben an sich kann bereits als erreichbares Ziel formuliert werden. Formen der Gruppen sind viele möglich wie z.B. Bewegung oder Gespräch, fordernd oder gewährend, verbal- oder „non-verbal“-basiert, edukativ und/oder integrativ (vgl. JOSSEN, SAUSER & ROTH 2007). Aber es gibt auch Grenzen des Machbaren, so können z.B. bei schlecht integrierten, chronisch kranken Patienten kaum Verbesserungen erwartet werden (vgl. WÖSSMER & SLEPTSOVA 2005; FINK 2007). Teilnehmergruppen dürfen heterogen zusammengesetzt sein, je nach ihren

8. In Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropeninstitut Basel, dem Schweizerischen Roten Kreuz, dem Hilfswerk der evangelischen Kirchen Schweiz (HEKS), Caritas und dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM, Univ. Basel) und dem Ziel, ein Kompetenzzentrum für multikulturelle Beratung im Gesundheitsbereich sowie psychotraumatologische Abklärung und Therapie zu initiieren.

Zielen sind aber auch Gemeinsamkeiten wie Bildungsstand, Deutschkenntnisse, Krankheitsbild, Geschlecht o.ä. mit zu berücksichtigen. Bezüglich der (Co-)Leitung von körperorientierten „Bewegungsgruppen“ zeigt die Erfahrung, dass es Sinn macht, diese an Fachpersonen wie Physiotherapeuten oder Gymnastikpädagogen zu übergeben.

Das Spannungsfeld psychische Stabilität *versus* Integrationsanforderungen bleibt aber Teil der Thematik Gruppenangebote für Patienten mit Migrationshintergrund⁹. In vielen Fällen steht die psychische Stabilität der Patientinnen und Patienten der eigentlichen Integration im Weg, so z.B. bei Sprachkursen. Daher ist ein therapeutischer Hintergrund, die Rücksichtnahme auf die Erkrankung der Patienten und deren kognitive Möglichkeiten/Kapazitäten, bei diesen Angeboten notwendig; erst so werden Erfolgserlebnisse möglich. Ein mögliches Therapieziel bei instabilen Patienten, die anderweitig kaum integrierbar sind, kann auch heissen: Erarbeitung von psychischen Kompetenzen. Bekanntermassen führt eine gelungene Integration zu einer besseren Gesundheit und damit auch zu einem besseren Gesundheitsmanagement. Oder: Integration bedeutet Chancengleichheit, was auch als „*Empowerment* zur Selbsthilfe“ gedeutet werden kann (vgl. BAG 2008b:23; BFM 2006:62). Es bleibt die offene Frage: Wie viel Gesellschaftsintegration soll Teil einer psychiatrischen Behandlung sein?

Die EPD verfolgen einen positiven Ansatz: Psychiatrische, (psycho-)therapeutische und transkulturelle Fachkompetenzen¹⁰ sollen Qualitätsmerkmale aller Mitarbeitenden sein. Bedürfnisorientiert sollen möglichst „*win-win* Situationen“ geschaffen und positive Erfahrungen vermittelt werden können.

4. Schwimmen für Migrantinnen (mit psychischen Problemen): „Ups and downs“ im Projektprozess

Wo wenige Sprachkenntnisse vorhanden sind, kann es umso sinnvoller sein, bewegungs- und körperorientiert (und eher non-verbal) zu arbeiten. Und so wurde aus der langjährigen „Schwimmgruppe für türkische Patientinnen“ das „Schwimmen für Migrantinnen“, ein niederschwelliges, mittlerweile öffentliches Angebot, das in der Zusammenarbeit mit dem Verein Gsünder Basel und den EPD entstanden ist.

Gsünder Basel ist eine *non-profit* Organisation, welche sich der Gesundheitsförderung verpflichtet hat. Der Verein wurde 1991¹¹ in Folge von besorgniserregenden Resultaten einer Stu-

-
9. Bei „Migration und psychischer Erkrankung“ ist nicht allein die Fremdsprache oder Sprachkenntnis ein Hindernis, sondern erschwerend können die soziale Schicht, die kulturelle Herkunft, das Unverständnis/die Unkenntnis unseres Medizinsystems, Bildungsferne u.ä. hinzukommen (vgl. SVEJDA 1996). Wobei hier Kultur semiotisch verstanden wird, d.h. als dynamischer Begriff, dem ein stetes Aushandeln von Bedeutungsstrukturen zugrunde liegt (SVEJDA 2009a; SVEJDA & STREB 2009).
 10. Transkulturelle Kompetenz meint die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten zu erfassen, zu verstehen und in adäquates Handeln umzusetzen (vgl. DAHINDEN 2006:26; SCHÄR 2007; SVEJDA 2009b). Teilweise wird transkulturelle Kompetenz auch als Querschnittsausgabe bezeichnet (DOMENIG 2004), analog zum später postulierten *Migration Mainstreaming*.
 11. Zuerst dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) angehörend, ab 2002 selbständig mit eigener Geschäftsleitung. Seit 2000 Leistungsauftrag des Kantons Basel-Landschaft, seit 2008 Leistungsauftrag „Migration und Gesundheit“ des Kantons Basel-Stadt. Bereits 2005 erfolgte der Ausbau der Angebote „Migration und Gesundheit“ im Sinn der Verbesserung der Chancengleichheit, fokussiert auf „Gesundheit für die Region“. Weitere Informationen siehe unter www.gsuederbasel.ch.

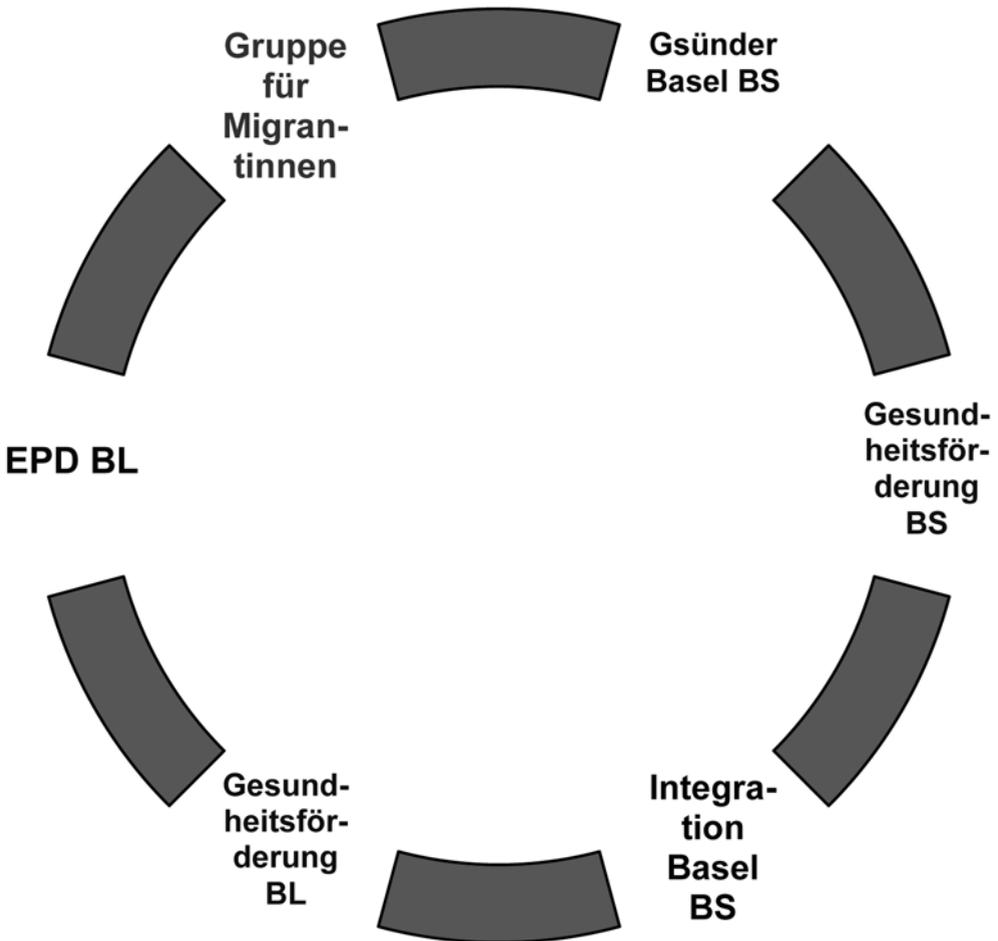
die zu Herz-Kreislaufkrankungen gegründet: in Basel wurde die grösste Häufung innerhalb der Schweiz festgestellt. Die Ziele des Vereins wurden wie folgt formuliert: Die Bevölkerung soll zu aktivem und gesundem Lebensstil motiviert werden mittels ausgewogener Ernährung, regelmässiger Bewegung und bewusster Entspannung, in der Freizeit wie auch am Arbeitsplatz. Weil es für die Migrationsbevölkerung aus sprachlichen oder kulturellen Gründen teilweise schwierig ist, an regulären Programmen teilzunehmen, wurden auch bedürfnisorientierte Angebote für die Migrationsbevölkerung wie Schwimmkurse, entwickelt, denn die überwiegende Mehrheit wollte schwimmen lernen! Im Sinne der Chancengleichheit sollten alle, auch sozial Benachteiligte und Inaktive angesprochen werden.

Der gemeinsame Projektstart, angeregt durch die Gesundheitsförderung des Kantons Basellandschaft, lief zunächst unter dem Arbeitstitel „Schwimmen für Migrantinnen mit psychischen Problemen“ und sollte ein Ersatzangebot zu der ehemaligen „Schwimmgruppe für türkischstämmige Frauen“ schaffen. Es sollte ein niederschwelliges Angebot für Frauen werden, wo sie unter fachkundiger Anleitung einer (Schweizer) Bewegungspädagogin schwimmen lernen können, ihre Körperwahrnehmung aktivieren, ein Gesundheitsbewusstsein entwickeln, im Sinne des „Empowerments“ gestärkt und weder stigmatisiert noch diskriminiert werden (vgl. SVEJDA 2006). Daher macht hier eine geschlechtsspezifische Gruppe Sinn. Die Teilnehmerinnen können sich im geschützten Rahmen der für sie reservierten Schwimmhalle entspannen, bewegen, einlassen und sich dem positiven Gruppenerleben hingeben. Die Kursleiterin sorgt zudem für einen integrativen Einsatz der Deutschen Sprache, fördert das Vertrauen in sich, die eigenen Fähigkeiten und in andere, vermittelt Freude und unterstützt Erfolgserlebnisse, welche sich wiederum positiv auf den Selbstwert auswirken. Ausserdem können – zumindest temporär – Probleme, Defizite und/oder Schmerzen vergessen werden. Zielgruppe sind nach Organisationsübernahmen durch Gsünder Basel also nicht mehr nur Patientinnen, sondern auch tendenziell vulnerable Frauen mit einem Migrationshintergrund und dem Bedürfnis nach einem geschützten Rahmen, bei welchem nicht eine Erkrankung im Vordergrund steht, sondern das individuelle Erfolgserlebnis. Die Teilnehmerinnen sollen in etwas Neuem Vertrauen finden und damit auch zu sich selbst, zum eigenen Körper; schliesslich soll auch Mut für andere Alltagsprojekte „mitgenommen“ werden. Das Gruppenangebot ist ganzheitlich, transkulturell, integrativ, unterstützend und ressourcenorientiert: Momentan sind so viele Nationen wie Teilnehmerinnen im Kurs vertreten, wohnhaft in drei Kantonen.

Die zu überwindenden „Stockungen im Werdeprozess“ waren als erstes der Kurstitel, der neutral umformuliert werden musste und dann das EPD-Logo auf dem Kursprospekt, das die potentiellen Teilnehmerinnen irritierte und entsprechend von der Frontseite in der Hintergrund „verschwand“. Desweiteren wurden konzeptuelle Anpassungen betreffend Zielgruppe vorgenommen und die Öffnung für Nicht-Patientinnen formuliert. Auch bezüglich der praktischen Durchführung (Ort, Zeit, Kursleitung, die längerfristig *stand by* gehalten wurde) mussten immer wieder Anpassungen vorgenommen werden. Und schliesslich: Die Motivation und Akzeptanz der internen und externen Zuweiser wurde wiederholt zur Herausforderung. Das Angebot musste aktiv präsent gehalten und der Appell, Patientinnen auf den Kurs aufmerksam zu machen und zur Anmeldung zu empfehlen, wiederholt werden. Doch „steter Tropfen höhlt den Stein“ und letztlich fanden sich Teilnehmerinnen ein, die gerne kamen, um schwimmen zu lernen. Nicht aufzugeben hat sich also gelohnt.

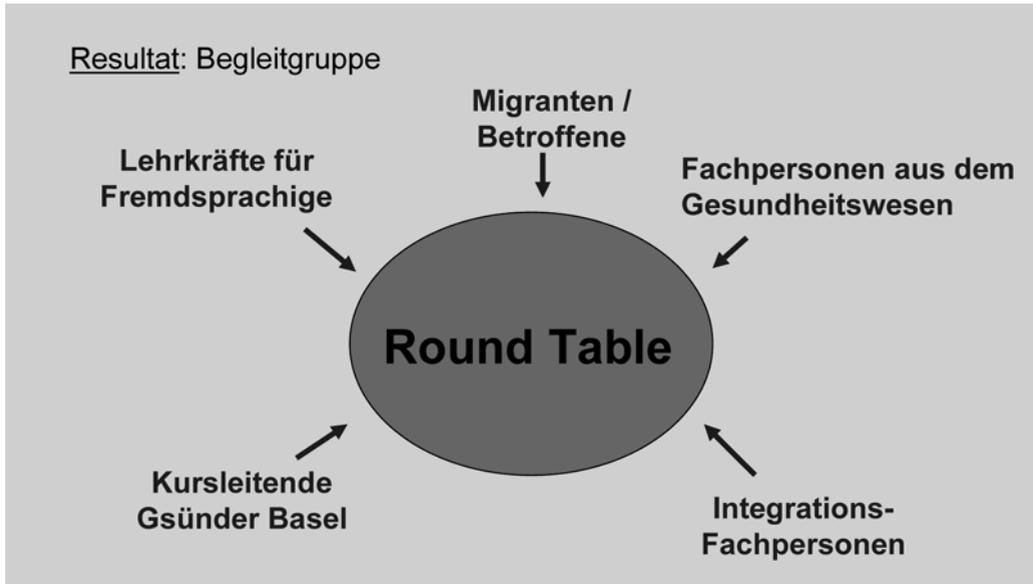
Das Angebot figuriert nun, äusserlich ebenfalls integriert, im regulären Kursprospekt unter „Schwimmen für Migrantinnen¹²“, ein entstigmatisierendes und von den Teilnehmerinnen geschätztes, die Akzeptanz steigerndes Detail. Der Erfolg wurde im Wesentlichen auch durch die kantonalen Leistungsaufträge und die damit verbundene finanzielle Unterstützung von Gsünder Basel ermöglicht: eine vorbildliche, interkantonale Kooperation und Zusammenarbeit.

Die Kursleiterin ist nicht nur Fachfrau, sondern hat auch eine transkulturelle Vermittlerrolle inne und wird von den EPD supervisorisch begleitet. Im Gegenzug profitieren die EPD, respektive die Patientinnen von diesem im Gesamtbehandlungskonzept wichtigen Therapiebaustein. Gsünder Basel hat die gesamte Organisation und Administration übernommen und das Pilotprojekt, das nach einigen „ups and downs“ zum Erfolg wurde, animiert nun, unter Berücksichtigung der Gender-Aspekte und der gesundheitlichen Chancengleichheit, einen „Schwimmkurs für Männer“ zu planen.



Grafik 1: Beteiligte Institutionen und „Prokukt“ der Zusammenarbeit

12. 2008 hiess der Prospekttitel einmalig „Schwimmen für fremdsprachige Frauen“, ab 2010 sind die Kurse unter „Schwimmen für Frauen“ ausgeschrieben.



Grafik 2: Kooperation und regelmässige Bedürfnisanalyse auf regionaler Ebene

5. Fazit: Ende gut – zur Nachahmung empfohlen

Mit der Präsentation dieses Pilotprojektes wollen wir neue Wege der Zusammenarbeit und der Angebotsentwicklung für Psychiatriepatientinnen und -patienten, insbesondere Schmerzpatienten, aufzeigen und andere ermutigen, innovative und sozial integrative Projekte zu lancieren. Es gilt mehr als die Sprachbarrieren zu überwinden, oftmals sind die Problemlagen komplex und vielfältig, daher sollen solche Gruppenangebote auch Mut für das Angehen anderer Projekte im Alltag (vgl. FINK 2007: 589) machen, als auch ggf. die individuelle Psychotherapie ergänzen. Das Spannungsfeld psychische Stabilität *versus* (Integrations-)Anforderungen ist jeweils auszuloten, die Rücksichtnahme auf Erkrankungen als auch die kognitiven Kapazitäten ist notwendig. Nur so werden Erfolgserlebnisse möglich – und das ist auch der Grund, warum es diese spezifischen Angebote braucht und nicht einfach Kurse in der Erwachsenenbildung gebucht werden können. Eine gelungene Integration führt erwiesenermassen zu einem besseren Gesundheitsmanagement (*Empowerment* zur Selbsthilfe), welches wiederum die Basis zur Chancengleichheit darstellt.

Aktiv beteiligt waren hier drei Institutionen, unterstützend wirkten doppelt so viele mit. Die Zusammenarbeit ist (und war) auch für uns Spezialisten integrativ. Es kann anstrengend sein, interdisziplinär und interinstitutionell zusammen zu arbeiten, da zuerst eine gemeinsame Basis ausgehandelt werden muss. Wenn es gelingt, ist es jedoch bereichernd, Horizont erweiternd, und die Synergien vergrössern auch die Möglichkeiten des Machbaren: Innovation kann entstehen, die jede Partei für sich kaum erschaffen hätte. Managementfibeln weisen gemischte Teams auch eindeutig als kreativer aus. Resultate des Werdeprozesses sind z.B. eine interne Fortbildung für Kursleitende bei Gsünder Basel zum Thema „Migration, Kultur und Gesundheit“ und ein „Runder Tisch“ mit Expertinnen, Experten und Betroffenen zur Vernetzung, Bedürfnisabklärung als auch prospektiven Planung und Synergieschaffung. Gerade für ärztliche Institutionen empfiehlt es sich zu delegieren und mit anderen Fachstellen zu kooperieren – anstatt alles selber machen zu wollen.

Die regionale Vernetzung trägt Früchte, neue Projekte sind bereits in Ausführung oder in Planung: Die Sportämter beider Basel stellen kostenlos Räumlichkeiten zur Verfügung, die Rheumaliga ist ein Partner bei Aquawell-Kursen und es kann Rückengymnastik mit kostenloser Kinderbetreuung angeboten werden – ganz im Sinn der politisch geforderten niederschweligen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte.

Nicht zuletzt ist auch der politische Wille im Sinn eines Bekenntnisses zu integrativen, transkulturellen Angeboten im Gesundheitswesen und damit zur Umsetzung der Forderung nach Chancengleichheit für alle Bevölkerungssegmente notwendig. Damit verbunden ist natürlich die materielle und personelle Ressourcenbereitstellung. Und da wären wir wieder bei der Kosteneffizienz: Eine erfolgreiche Behandlung ist immer kostengünstiger als verschleppte, erfolglose Interventionen, oftmals gefolgt von einer Chronifizierung und/oder Spätfolgen. Dennoch ist es legitim zu fragen: Soll die Gesellschaftsintegration Teil einer psychiatrischen Behandlung sein? Und wenn ja, zu wie vielen Anteilen?

Literatur

- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG; Hrsg.) 2008a. *Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen*, Nationales Programm „Migration und Gesundheit 2008-2013“, Juli, Bern: BAG.
- 2008b. *Migration und Gesundheit: Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II: 2008-2013*, Bern: BAG/EDI.
- 2007. *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“*, Bern: BAG/EDI.
- 2002. *Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006, Kurzfassung*, Bern: BAG/BFF/IMES/EKA.
- BUNDESAMT FÜR MIGRATION (BFM; Hrsg.) 2006. *Probleme der Integration von AusländerInnen in der Schweiz: Bestandesaufnahme der Fakten, Ursachen, Risikogruppen, Massnahmen und des integrationspolitischen Handlungsbedarfs*, provisorische Fassung, im Auftrag des Vorstehers Ch. Blocher, Bern: BFM/EJPD.
- DAHINDEN, JANINE 2006. Migration und transkulturelle Kompetenz, in: SALADIN, P. (Hrsg.): *Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für ein erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, mit DVD „Verstehen kann heilen“*, S. 23-27, Bern: BAG/H+.
- DOMENIG, DAGMAR 2004. Transkulturelle Kompetenz – eine Querschnittsaufgabe, in: SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ (SRK; Hrsg.): *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*, S. 57-70, Zürich: Seismo.
- FINK, N. 2007. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Migranten und Migrantinnen aus der Türkei, betreute Selbsthilfegruppen: Therapie-Erfolg langfristig sichern, soziokulturelle Integration nachhaltig fördern, in: *Therapeutische Umschau*, S. 589-594, Heft 10, Bd. 64, Bern: Huber.
- JOSSEN, A., SAUSER, A. & ROTH, J. 2007. *Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke Migrantinnen. Konzeptuelle Überlegungen, theoretische Grundlagen, Evaluation und konkrete Umsetzungshilfe*, Bern: UPD.
- SALADIN, PETER (Hrsg.) 2006. *Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für ein erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, mit DVD „Verstehen kann heilen“*, Bern: BAG/H+.
- SCHÄR SALL, HEIDI 2007. Transkulturelle Kompetenz: Das Fremde anerkennen und willkommen heissen, in: *Pro mente sana aktuell: Migration – Seele in der Fremde*, S. 19-20, Zürich: Pro Mente Sana.
- SCHWEIZERISCHES ROTES KREUZ, DEPARTEMENT MIGRATION (SRK; Hrsg.) 2004. *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*, Zürich: Seismo.
- SVEJDA-HIRSCH, LENKA 2009a. Kulturwechsel und Erkrankung: Macht Auswanderung krank?, in: *Soziale Medizin*, Nr. 2, S. 63-66, Basel: SGSG.

- 2009b. Transkulturelle Psychiatrie: Die Bedeutung des Kulturwechsels – macht Auswanderung krank?, in: *Diagonal*, Nr. 1, S. 5-7, Liestal: KPD.
- 2006. Ethnozentrismus – die Mutter des Rassismus: Quer durch alle Schichten emotional besetzt, in: *Soziale Medizin*, Nr. 2, S. 17-19, Basel: SGSG.
- 1996. Migration und Erkrankung: Medizinethnologische Sichtweise von Gesundheitsproblemen als Hilfe bei der Betreuung und Beratung von MigrantInnen, in: *Einwanderung und Fluch: Überleben–Leben–Zusammenleben, Handlungsmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen*, S. 78-89, Basel: SGSG.
- SVEJDA-HIRSCH, L. & STREB, P. 2009. Kulturwechsel und Erkrankung: von Unterschieden und Gemeinsamkeiten, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 90:41, S. 1585-1587, Bern: FMH.
- WEISS, REGULA 2003. *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*, Zürich: Seismo.
- WÖSSMER, B. & SLEPTSOVA, M. 2005. Kognitive Verhaltenstherapie bei türkischsprachigen Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats, in: *Swiss Medical Forum*, Bd. 5, S. 828-831, Basel: EMH.

Autorin:

LENKA SVEJDA-HIRSCH, Sozialwissenschaftlerin, lic. phil., MAS. Geboren 1961 in Prag (CZ), Emigration 1968 in die Schweiz, Doppelbürgerin. Schulbesuch in Prag und im Kanton Basel-Landschaft, Matura in Naturwissenschaften und später in Latein. 1984-90 Studium der Ethnologie, Kunstwissenschaft und Philosophie an der Universität Basel, Master-/Lizentiatsabschluss. Vor, während und nach dem Studium: mehrmonatige Reisen durch Sri Lanka, Indien und Nepal, später auch Singapur, Malaysia und Indonesien, dazwischen Aufenthalte in Australien und USA. 1995-97 Nachdiplomstudium Museologie an der Universität Basel, 2006 Abschlussumwandlung in Master of Advanced Studies (MAS). 2001-06 Transpersonale Traumanalyse mit Zertifikatsabschluss, *Center for Counselling & Psychotherapy Education (CCPE)* in London und Zürich. 2004-05 Basiskurs Psychotherapie mit Zertifikatsabschluss, Weiterbildungsangebot des Basler Regionalnetzes für Psychotherapie und Psychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Basel. Seit 2003 als Sozialwissenschaftlerin an den Externen Psychiatrischen Diensten des Kantons Basel-Landschaft, Bruderholz, Kadermitglied. Seit 2006 Lehrauftrag „Soziale Fragestellungen“ am Gymnasium Münchenstein, einschliesslich Diplomprüfungen und Betreuung von Fachmaturitätsarbeiten. Seit Studiumsabschluss immer wieder Lehraufträge (z.B. Uni Luzern), Forschung und Publikationen, u.a. zum Thema Migration und Gesundheit. Mitglied verschiedener Verbände wie ICOM, MFH, Interreligiöses Forum Basel, Vorstandsmitglied PSAG, Herausgeberbeirat Soziale Medizin.

Externe Psychiatrische Dienste BL, PWS,
 CH – 4101 Bruderholz
 Tel. + 41/61 425 45 82
 e-mail: lenka.svejda@kpd.ch