



**SOZIALPSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSSITUATION
VON MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN**

IN DER REGION HANNOVER – STUDIE 2012

Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover
als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Sozialpsychiatrische Schriften Band 4

**Sozialpsychiatrische Versorgungssituation
von Migrantinnen und Migranten
in der Region Hannover – Studie 2012**

Eine Studie des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V. Hannover, verfasst von:
Ahmet Kimil, Lea Bendfeld, David Brinkmann, Ramazan Salman

Vorwort

Wir freuen uns, Ihnen mit dem vorliegenden Band unserer Schriftenreihe die Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover im Jahr 2012 vorlegen zu können. Es handelt sich hierbei um eine Nachuntersuchung der über die Versorgungssituation im Jahr 2006 durchgeführten Studie (siehe Sozialpsychiatrische Schriften Band 2).

Die Durchführung der Untersuchung und die Darstellung der Studienergebnisse liegen in der Verantwortung des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover, das vom Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover als Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes mit dieser Forschungsarbeit beauftragt worden ist.

Am Ende geben die Autoren einige aus der Studie resultierende Empfehlungen ab, die sich an den Sozialpsychiatrischen Verbund und die zuständigen Landesgremien wenden. Dabei geht es unter anderem um den Ausbau kultursensibler Angebote, interkulturelle Personalentwicklung, Förderung entsprechender Fort- und Weiterbildungen und Strategiepläne für die eigene Einrichtung.

Erste Ergebnisse der Studie sind bereits im Juni 2013 im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie vorgestellt und diskutiert worden. Wir hoffen, mit der Studie durch konstruktive Denkanstöße zu daraus resultierenden Verbesserungen in der Realversorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten beitragen zu können.

Dr. med. Thorsten Sueße
Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst

Lothar Schlieckau
Psychiatriekoordinator

Diese Studie wurde auf Initiative der Fachgruppe Migration und Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover von den folgenden Mitgliedern entwickelt und begleitet:

Bendfeld, Lea (Wissenschaftliche Hilfskraft · Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.)
Bussler, Jessica (Projektmanagerin · Institut für transkulturelle Betreuung e.V.)
Kimil, Ahmet (Projektleiter der Studie · Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.)
Kirschnik-Tänzer, Sabine (Oberärztin · Klinikum Region Hannover · Psychiatrie Wunstorf)
Schlieckau, Lothar (Psychiatriekoordinator · Region Hannover)
Türk, Ali (Geschäftsführer · Institut für transkulturelle Betreuung e.V.)

Hinweis

Wir sprechen in dem Bericht durchgängig in der männlichen Form (den Migranten, den Mitarbeitern etc.), dies tun wir ausschließlich der Einfachheit und Lesbarkeit wegen.

Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	6
Zusammenfassung	6
1. Migration und Gesundheit in der Region Hannover	8
1.1 Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover	11
1.2 Migration und psychische Gesundheit	11
2. Methode	16
2.1 Quantitativer Teil	16
2.2 Qualitativer Teil	19
3. Ergebnisse des quantitativen Teils	24
3.1 Gesamtauswertung für den Sozialpsychiatrischen Verbund	25
3.2 Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration	55
3.3 Sozialpsychiatrische Beratungsstellen	68
3.4 Ambulante psychiatrische Pflege	82
3.5 Psychiatrische Wohnheime und ambulant betreutes Wohnen, Wohngruppen	89
3.6 Tagesstätten und Kontaktstellen	104
3.7 Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und WfbM	117
3.8 Teilstationäre Behandlung, Institutsambulanzen	130
3.9 Vollstationäre Behandlung, Kinder/Jugendliche, Erwachsene und Forensik	144
3.10 Drogen- und Suchtberatungsstellen	152
3.11 Sonstige Beratungsstellen, Beratungsangebote	164
3.12 Zusammenfassung der Ergebnisse des quantitativen Teils	175
4. Ergebnisse des qualitativen Teils	180
4.1. Experten: Versorger	181
4.2 Experten: Vertreter von Migrantenselbstorganisationen	195
4.3 Nutzer des Versorgungssystem: Patienten und Angehörige	207
4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse des qualitativen Teils	220
5. Zusammenfassung der Ergebnisse	225
6. Empfehlungen	228
Anhang	232
Danksagung	232
Fragebogen für den quantitativen Teil der Erhebung	233
Leitfaden für die Interviews	247
Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der WHO	250
Literaturverzeichnis	251
Autoren- und Koautorenverzeichnis	256

1 Einleitung

Im Jahr 2012 hatten 19,9 % der Bevölkerung der Region Hannovers einen Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass etwa ein Fünftel der Bevölkerung in der Region aus einem anderen Land nach Deutschland eingewandert ist bzw. einen Elternteil hat, der aus einem anderen Land zugewandert ist (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, 2012). In der Region Hannover existiert also eine Vielzahl an Sprachkenntnissen und kulturellen Hintergründen. Diese Vielfalt zeigt sich in allen Lebensbereichen, so auch in der Gesundheits- und speziell der sozialpsychiatrischen Versorgung. Der Versorgungsauftrag des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover bezieht sich auf alle in der Region lebenden Personen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Hintergründen. Um die Versorgung bedarfsgerecht zu gestalten, hat die Region Hannover diese Studie in Auftrag gegeben, welche sich mit der Gestaltung der Angebote des Verbundes in Bezug auf das Thema Migration befasst. Sie wird vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. in Abstimmung mit der Fachgruppe Migration und Psychiatrie des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie durchgeführt.

Im Jahr 2007 wurde bereits eine Studie zu diesem Thema realisiert. 89 sozialpsychiatrische Angebote in der Region nahmen an der Erhebung teil und wurden in Bezug auf ihre Mitarbeiter und Patienten, die Gestaltung der Angebote und ihren Zugang zu Personen mit Migrationshintergrund befragt. Das Ziel der aktuellen Studie ist es, die gegenwärtige Situation im Verbund darzustellen und die Veränderungen seit 2007 zu beschreiben. Weitere Ergänzungen im Vergleich zur letzten Studie sind die Erhebung der Herkunft und Sprachkenntnisse der Mitarbeiter sowie Herkunft und Diagnosen der Patienten. Zudem wurde die Erhebung um einen qualitativen Studienteil erweitert, in dem die individuelle Perspektive von Nutzern, Angehörigen, Vertretern von Migrantenselbstorganisationen (MSO) und auf der Versorgerseite Tätigen einbezogen wird. Neben der Gestaltung der Angebote werden so auch die Einstellungen von unterschiedlichen Personengruppen innerhalb des Verbundes berücksichtigt.

Im Folgenden wird zunächst die Relevanz des Themas Migration für die Region Hannover und für den Sozialpsychiatrischen Verbund dargestellt. Als theoretische Hinführung zum Thema der Studie dient die Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Migration auf die Gesundheit sowie Entwicklungen innerhalb der Gesundheits- und speziell der sozialpsychiatrischen Versorgung. Im zweiten Kapitel werden die Konzeption der Studie, ihr Aufbau und die verwendete Methodik erläutert. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse des quantitativen sowie des qualitativen Teils getrennt voneinander dargestellt. Im fünften Kapitel erfolgen die Zusammenführung und der Vergleich der beiden Teile der Erhebung sowie die Formulierung der zentralen Ergebnisse. Im sechsten Kapitel werden die aus den Ergebnissen entwickelten Empfehlungen vorgestellt. Die folgende Zusammenfassung stellt die Herangehensweise und allgemeine Ergebnisse der Studie dar.

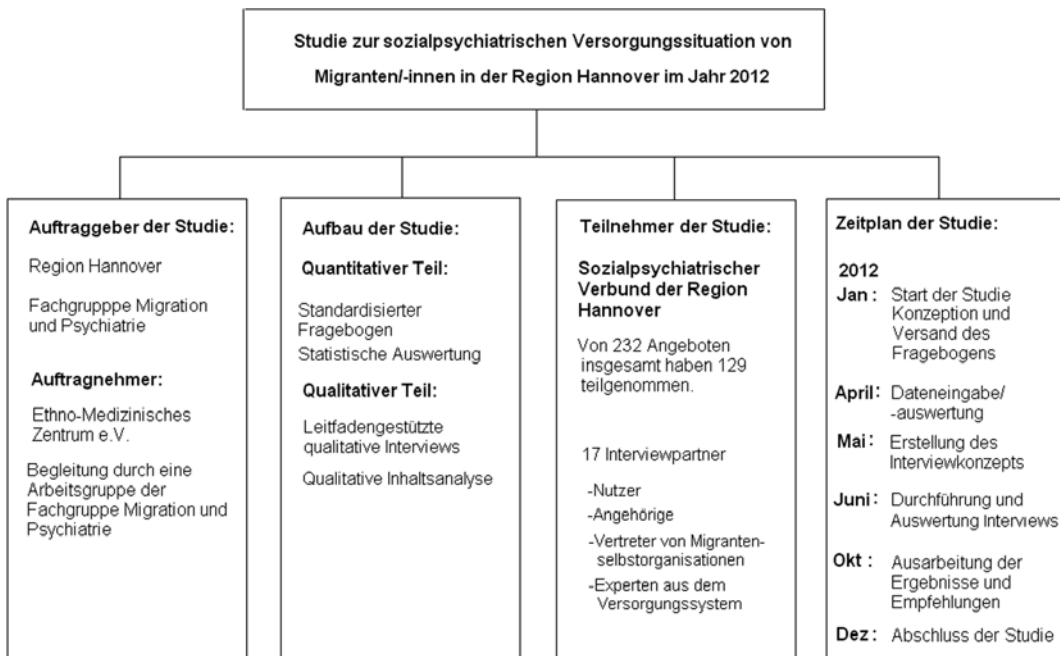
Zusammenfassung

Personen mit Migrationshintergrund sind Teil der Bevölkerung der Region Hannover und damit auch Nutzer der sozialpsychiatrischen Versorgung. Mit der vorliegenden Studie soll die aktuelle Versorgungssituation von Personen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover erfasst werden. Dazu wurde eine zweigeteilte Vorgehensweise gewählt. Im quantitativen Teil der Studie wird die Angebotsstruktur des Sozialpsychiatrischen Verbundes in Bezug auf das Thema Migration hin betrachtet. Die Fragestellungen dazu waren folgende:

- Inwieweit findet das Thema Migration und der Umgang mit Nutzern mit Migrationshintergrund Beachtung bei der Ausgestaltung der Angebote?
- Inwieweit erfolgt eine Öffnung des Versorgungssystems für diese Nutzer?
- Bestehen Herausforderungen bei der Versorgung dieser Gruppe?
- Welcher Art sind diese?
- Inwieweit lassen sich Entwicklungen bei der Ausrichtung auf diese Gruppe seit der Erhebung 2007 erkennen?

Es wurde eine Fragebogenerhebung mit anschließender statistischer Auswertung durchgeführt. Der qualitative Teil bezieht in Interviews die Einzelperspektive von Experten auf Versorgerseite, MSO-Vertretern sowie Nutzern des Versorgungssystems, also Patienten und Angehörigen, ein. Das zentrale Erkenntnisinteresse bezogen auf die Experten in der Versorgung war die persönliche Wahrnehmung von Migranten in der alltäglichen Arbeit im eigenen Arbeitsbereich, insbesondere bezüglich der bei diesen wahrgenommenen Problematiken und in Hinblick des Kontaktes in der Behandlung. Bezogen auf die MSO-Vertreter stand die Frage nach den wichtigsten Problematiken (Versorgungsbedarf) und den bestehenden Zugangs- und Behandlungsbarrieren bezogen auf die eigene Community im Vordergrund. In Bezug auf die Nutzer (also Patienten und Angehörige) des Versorgungssystems lag das Interesse in den persönlichen Erfahrungen, die mit dem Versorgungssystem gemacht wurden. Die Interviews wurden mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse und – im Falle der Patienten- und Angehörigeninterviews – induktiv vorgehender Kodierung und Kategorienbildung computergestützt ausgewertet. Die Studie zeigt, dass Entwicklungen zu einer bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung von Migranten angestoßen worden sind. Allerdings sind der Zugang und die Versorgung für Migranten noch nicht im selben Maße gewährleistet wie für Personen ohne Migrationshintergrund. Es bestehen weiterhin Herausforderungen, die der Aufmerksamkeit aller Beteiligten bedürfen.

Abbildung 1: Schema zum Aufbau und zu den Teilnehmern der Studie



1. Migration und Gesundheit in der Region Hannover

Im folgenden Kapitel wird zunächst eine Definition des Begriffs *Migrationshintergrund* gegeben. Dann wird die Relevanz des Themas Migration anhand von Daten zur Bevölkerung der Region Hannover dargestellt. Die Studie bezieht sich auf den Sozialpsychiatrischen Verbund, dessen Struktur in diesem Kapitel vorgestellt wird. Im Anschluss erfolgt eine theoretische Einführung zu den Themen *Kultur und Krankheitsverständnis, transkulturelle Psychiatrie, Anforderungen an den Versorgungsverbund in Bezug auf das Thema Migration*.

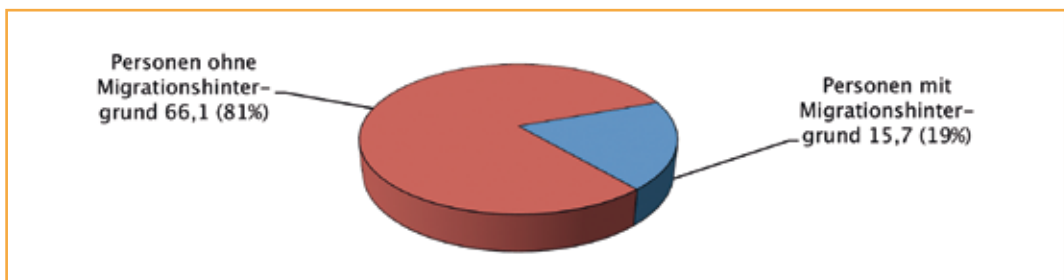
Menschen mit Migrationshintergrund sind Personen, die nicht in ihrem jeweiligen Aufenthaltsland geboren wurden sowie deren Nachkommen. Das Statistische Bundesamt definiert folgendermaßen:

„Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen alle, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Der Migrationsstatus einer Person wird somit sowohl aus ihren persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit wie auch aus den entsprechenden Merkmalen der Eltern abgeleitet. Dies bedeutet, dass in Deutschland geborene Deutsche einen Migrationshintergrund haben können, sei es als Kinder von Spätaussiedlern, als Kinder ausländischer Elternpaare [...] oder als Deutsche mit einseitigem Migrationshintergrund. Dieser Migrationshintergrund leitet sich dann ausschließlich aus den Eigenschaften der Eltern ab. Die Betroffenen können diesen Migrationshintergrund aber nicht an ihre Nachkommen vererben. Dies ist dagegen bei den Zugewanderten und den in Deutschland geborenen Ausländer/-innen der Fall. Nach den heutigen ausländerrechtlichen Vorschriften umfasst diese Definition somit üblicherweise Angehörige der 1. bis 3. Migrantengeneration“ (Statistisches Bundesamt, 2012).

Im Folgenden wird auch verkürzt von *Migrant* gesprochen. Die durch diese Definition beschriebene Bevölkerungsgruppe ist heterogen.

Im Jahr 2010 hatten 15,7 Millionen Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund. Diese Gruppe macht mit 19,3 % etwa ein Fünftel der Bevölkerung Deutschlands aus. 8,6 Millionen Menschen davon hatten einen deutschen Pass, während ca. 7,1 Millionen Ausländer waren. Die wichtigsten Herkunftsländer waren die Türkei (14,1 %), Polen (10,5 %) und die Russische Föderation (9,2 %) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012).

Abbildung 2: Migrationsstatus der Gesamtbevölkerung (N = 81,8 Millionen)



(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012)

Tabelle 1: Daten zur Bevölkerung Deutschlands aus dem Jahr 2010

Migrationsstatus	2010		Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
	Anzahl in 1.000	Anteil an der Gesamtbevölkerung in %	
Bevölkerung insgesamt	81.715	100,0	- 0,2
ohne Migrationshintergrund	65.970	80,7	- 0,3
mit Migrationshintergrund im engeren Sinne	15.746	19,3	0,3
Zugewanderte insgesamt davon:	10.590	13,0	- 0,1
Ausländer	5.577	6,8	- 0,3
Deutsche	5.013	6,1	0,1
in Deutschland geborene insgesamt davon:	5.155	6,3	1,0
Ausländer	1.570	1,9	- 3,7
Deutsche	3.585	4,4	3,3

(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2012 [a])

Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund im engeren Sinn zählen in der vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Befragung, dem Mikrozensus, alle seit 1950 nach Deutschland Zugewanderten und alle im Inland mit fremder Staatsangehörigkeit Geborenen sowie die hier geborenen Deutschen, die mit zumindest einem Elternteil im selben Haushalt leben, der zugewandert ist oder als Ausländer in Deutschland geboren wurde. In den Jahren 2005 und 2009 konnte zusätzlich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im weiteren Sinn abgebildet werden. Diese umfasst auch in Deutschland geborene Deutsche mit Migrationshintergrund, die nicht mehr mit ihren Eltern in einem Haushalt leben. Alle vier Jahre fragt der Mikrozensus nach der Staatsangehörigkeit der nicht im selben Haushalt lebenden Eltern. Dadurch konnte 2009 bei 345 000 Personen ein Migrationshintergrund identifiziert werden, der in den anderen Jahren nicht erkennbar ist. Damit lag die Zahl der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im weiteren Sinn 2009 bei 16,0 Millionen (Statistisches Bundesamt [a]).

Das Durchschnittsalter von Personen mit Migrationshintergrund liegt mit 34,7 Jahren mehr als zehn Jahre unter dem Durchschnittsalter der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (45,6 Jahre) (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge). Die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe wird also auch in der Zukunft ein wichtiges Thema sein.

In Niedersachsen lebten 2010 rund 1,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Personen mit Migrationshintergrund machten damit einen Anteil von 16,8 % der Gesamtbevölkerung Niedersachsens aus. In der Region Hannover betrug der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe 22,7 %. Für die Stadt Hannover lag der Anteil im Jahr 2012 bei 26,6 % (vgl. Landeshauptstadt Hannover, 2012; Landeshauptstadt Hannover, 2012 (a); Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, 2012).

Tabelle 2: Daten zur Bevölkerung Niedersachsens aus dem Jahr 2010

Migrationsstatus Niedersachsen	Anzahl	Prozent
Bevölkerung insgesamt	7.922.800	100,0
Personen ohne Migrationshintergrund	6.587.900	83,2
Personen mit Migrationshintergrund	1.334.800	16,8

(Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, 2012)

Tabelle 3: Daten zur Bevölkerung der Region Hannover aus dem Jahr 2010

Region Hannover	Anzahl	Prozent
Bevölkerung insgesamt	1.132.130	100,0
Personen ohne Migrationshintergrund	875.230	77,3
Personen mit Migrationshintergrund	256.900	22,7

(Quelle: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, 2012)

Die folgende Tabelle zeigt die drei größten Herkunftsgruppen in der Region Hannover. Die Darstellung wurde aus den Daten der Statistikstelle der Landeshauptstadt Hannover sowie der Statistikstelle der Region Hannover zusammengestellt. Die Zahlen können nur als Näherungswerte betrachtet werden. Migrationshintergrund wird von beiden Stellen nicht erfasst. Es kann nur nach Staatsangehörigkeiten differenziert werden, wobei für das Umland Hannovers auch Zahlen zu einer weiteren Staatsangehörigkeit vorliegen.

Tabelle 3a: Daten zu den größten ausländischen Herkunftsgruppen in der Region Hannover aus dem Jahr 2012

Herkunftsregion	Erste Staatsangehörigkeit	Erste Staatsangehörigkeit = Deutschland und eine weitere Staatsangehörigkeit	Insgesamt
	Anzahl	Anzahl (Umland Hannovers)	Anzahl
Türkei	27.033	4.884	31.917
ehem. Sowjetunion	12.756	10.981	23.737
Polen	10.855	9.168	20.023

(Quelle: Auskunft der Statistikstelle der Landeshauptstadt Hannover, Statistikstelle der Region Hannover)

1.1 Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover setzt sich aus verschiedenen Arbeitsbereichen zusammen. Die folgende Abbildung verdeutlicht die Struktur des Sozialpsychiatrischen Verbundes.

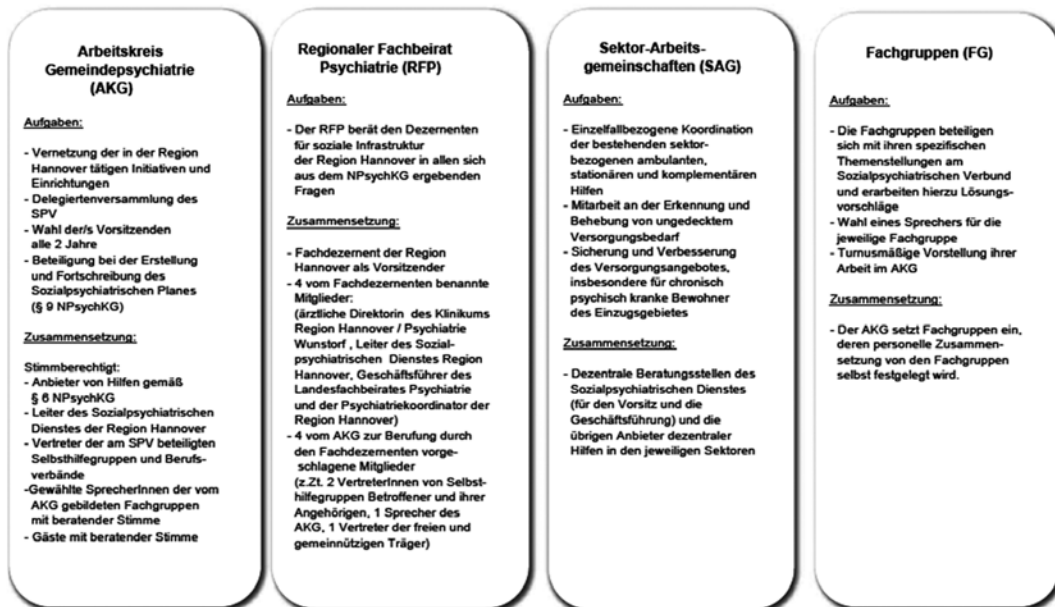
Abbildung 3: Der Sozialpsychiatrische Verbund

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover

Gesetzliche Grundlage zur Bildung des SPV ist § 8 NPsychKG.

Die Gremien "Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG)" sowie der "Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP)" haben sich als Arbeitsgrundlage eine Geschäftsordnung gegeben.

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) besteht aus folgenden Gremien:



(Quelle: Region Hannover. Sozialpsychiatrischer Dienst, 2012)

1.2 Migration und psychische Gesundheit

Unter Migration wird in dieser Studie der dauerhafte Wechsel des Wohnortes in ein anderes Land verstanden. Die Ursachen für und der Verlauf von Migrationsprozessen sind vielfältig und reichen von Anwerbung von Hochqualifizierten über Flucht bis zum Zuzug von Familienangehörigen. Dementsprechend sind auch die Auswirkungen dieses Prozesses auf die wandernde Person und ihre Nachkommen unterschiedlich. Allgemein lässt sich aber feststellen, dass Migrationsprozesse hohe Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit von Migranten stellen und Migranten verstärkt psychosozialen Stressoren ausgesetzt sind. Die Entscheidung zur Auswanderung wird häufig aufgrund fehlender Sicherheit in Bezug auf das eigene Leben, die Familie und die Sicherung des Lebensunterhaltes getroffen. So ist bereits im Vorfeld der Migration die Lage des Migranten häufig instabil. Durch Belastungen aufgrund der Migrationsprozesse kann das Erkrankungsrisiko steigen. Nach der Migration kann eine Reihe von politischen und sozialen Faktoren destabilisierend auf die Situation der migrierten Person wirken, z.B.

der Aufenthaltsstatus, Diskriminierungserfahrungen, Sprachbarriere, Trennung von dem gewohnten Umfeld, Veränderung des gesellschaftlichen Status, sozioökonomische Situation etc. Diese Dauerbelastung kann psychische Störungen auslösen oder ihrer Heilung entgegen wirken (vgl. Assion, 2005; Bermejo et al., 2012; David & Borde, 2001; Hausotter & Schouler-Ocak, 2007; Hoerder et al., 2007; Kimil et al., 2010; Kohte-Meyer, 1999;).

Migranten nehmen Angebote der Gesundheitsversorgung im Vergleich zum Rest der Bevölkerung anders in Anspruch. Vergleicht man Zahlen zum Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund mit Studien zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, wird dieser Sachverhalt deutlich. In einer Umfrage der Bundesdirektorenkonferenz von 2006 wurde für 131 psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen eine dem Bevölkerungsanteil entsprechende Belegung nachgewiesen (17 % bei 18,6 % Menschen mit Migrationshintergrund). Die Verteilung auf die einzelnen Abteilungen ist allerdings unausgewogen:

eine Unterrepräsentation in den Abteilungen für Psychotherapie/Psychosomatik (4,5 %), Gerontopsychiatrie (9,2 %) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (11,4 %), Sucht/Reha (11,4 %); eine Überrepräsentation in der Forensik (27,2 %) und der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen (21,8 %). Bei Patienten mit Migrationshintergrund wurde signifikant häufiger eine Diagnose aus dem F2-Spektrum (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) gestellt.

In einer anderen Umfrage, die 2008 in Institutsambulanzen durchgeführt wurde, wurden abweichende Ergebnisse erarbeitet: Mit 32,5 % wurde eine überproportionale Nutzung der ambulanten Angebote bei Personen mit Migrationshintergrund festgestellt. In Bezug auf F2-Diagnosen wurden in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede zu Patienten ohne Migrationshintergrund festgestellt. Gleichzeitig liegt der Anteil der Diagnosen aus dem Bereich neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen über dem der Personen ohne Migrationshintergrund (vgl. Koch et al., 2008; Schouler-Ocak, 2012).

Die Ergebnisse der Studien unterscheiden sich zwar, insgesamt zeigt die Literatur zum Thema *Inanspruchnahme* aber, dass Migranten das Gesundheitssystem eher in akuten Situationen und weniger zur Prävention oder ambulanten Versorgung in Anspruch nehmen. Gründe für die geringere bzw. unterschiedliche Inanspruchnahme der Versorgungsangebote durch Migranten können folgende sein:

- sozioökonomische Faktoren und Sprachbarrieren
- Fehldiagnosen durch Verständigungsprobleme sprachlicher und konzeptioneller Art
- fehlende Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems und seiner Funktionsweise
- Assoziierung der Einrichtungen mit Behörden, Angst vor der Dokumentation persönlicher Daten, Ausweisung
- unterschiedliche Gesundheits- u. Krankheitsmodelle,
- Existenz alternativer Hilfesysteme

(vgl. Bär, 2011; Bermejo et al., 2012; Erhart et al., 2007; Kamtsiuris et al., 2007; Kohls, 2011; Merbach et al., 2007; Razum et al., 2008)

Kulturelle Faktoren v. Krankheit und Gesundheit: Herausforderungen f. d. Versorgung

Durch Migrationsbewegungen treffen unterschiedliche kulturelle Hintergründe aufeinander. Menschen sind durch ihre Kultur geprägt. Eine Kultur drückt sich durch Zeichen und Symbole aus. Diese können dinglicher Natur sein oder sich in Verhaltensweisen, Ritualen, Konzepten, Normen und Regeln darstellen. Jedes hat symbolischen Charakter und erhält durch seinen Bezug zur Gruppe bzw. zur Kultur Be-

deutung. Gesellschaftliche Ausdrucksformen werden in ihrem Zusammenhang nachvollziehbar. Kultur wird als durch ihre Mitglieder wandel- und gestaltbar verstanden. Die Beziehung zwischen Mensch und Kultur ist eine wechselseitige: Er schafft sie selbst und ist Teil von ihr (vgl. Geertz, 1983).

Der kulturelle Hintergrund einer Person beeinflusst ihre Wahrnehmung und ihr Handeln. Demnach existiert eine Vielzahl von Deutungsmöglichkeiten für unterschiedliche Phänomene. Auch für das Thema *Krankheit* gibt es keine allgemeingültigen Annahmen. Was als normal und was als anormal oder krankhaft gilt, ist vom jeweiligen Kontext abhängig (vgl. Calliess et al., 2007; Cranach, 2001; Devereux, 1974; Kizilhan, 2007).

In der Behandlung treffen die Sicht des Nutzers und die des Behandlers aufeinander. Beide haben je ein Erklärungsmodell für die Erkrankung, welche Unterschiede aufweisen können. Eine Verständigung über diese kann zum Erfolg der Behandlung beitragen. Die Ergebnisse einer Behandlung entstehen durch ein Zusammenspiel körperlicher, sozialer und psychischer Dimensionen. Aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen einer Krankheit sollte die Anwendung einheitlicher Diagnose- und Therapiestandards reflektiert werden (David & Borde, 2001; Haasen et al., 2005; Hegemann, 2001; Hegemann & Salman, 2010; Kleinman, 1980).

Transkulturalität und Transkulturelle Psychiatrie

Im Gegensatz zu den Konzepten der Multikulturalität und Interkulturalität geht der Ansatz der Transkulturalität nicht nur davon aus, dass Gesellschaften durch weltweite, beschleunigte Globalisierungs- und Migrationsprozesse kulturell vielfältig sind bzw. schon immer waren. Er nimmt darüber hinaus an, dass Kulturen keine unveränderbaren, unvergleichbaren, klar voneinander abgrenzbaren und nebeneinander bestehenden Gebilde darstellen. Es bestehen in zunehmendem Maße Verflechtungen und Überlappungen. In diesem Sinne sind Menschen nicht nur Träger der „einen“ Kultur, sondern ihre Identität steht unter dem Einfluss verschiedener kultureller Strömungen.

Ein solches Verständnis ermöglicht es, das „Eigene“ und das „Fremde“ nicht in absoluter Opposition zueinander zu denken, sondern in zwischenmenschlichen Begegnungen kulturelle Anknüpfungspunkte zu finden und so die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kommunikation zu schaffen. Dazu gehört auch, sich des eigenen – keineswegs monokulturellen – Hintergrundes bewusst zu sein und diesen zu reflektieren (vgl. Welsch, 2010).

Mit der transkulturellen Psychiatrie wurde ein Ansatz entwickelt, der kulturellen Vielfalt auch im Rahmen der Psychologie zu begegnen. Sie bietet Anhaltspunkte für den Umgang miteinander und Möglichkeiten für Reaktionen; eine Umgestaltung und Anpassung der Psychologie an die Lebensrealität vor dem Hintergrund von Prozessen der weltweiten Globalisierung und Migration.

Die Psychologie als eigenständige Wissenschaft ist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Europa entstanden. Erste Studien wurden überwiegend in Europa und Nordamerika durchgeführt. Die Grundlage für psychologische Theorieentwicklung bildeten europäische Konzepte, die als universell gültig angenommen wurden. Innerhalb der transkulturellen Psychologie/Psychiatrie wird die eigene kulturelle Verhaftung des Therapeuten berücksichtigt und in der Begegnung mit dem Patienten reflektiert. George Devereux beschreibt „normal und anormal“ als das Grundbegriffspaar der Psychiatrie. Wo zwischen diesen die Grenze verläuft, sei kulturell beeinflusst (vgl. Devereux, 1974).

Für eine Öffnung der Psychologie/Psychiatrie sind folgende Aspekte relevant:

1. Eine Ausweitung der Erkenntnisbildung, also Forschung in einem breiteren offeneren Rahmen sollte angestrebt werden.
2. Die Suche nach Universalien im Fühlen, Handeln etc., der Austausch von Wissen und die Überprüfung bestehender Hypothesen bzw. die Entwicklung neuer Hypothesen sind nötig.
3. Die Suche nach Differenzen und Kulturspezifischem wird möglich. So kann der Einfluss der Kultur auf die Psyche näher untersucht werden
4. Die Entstehung und Veränderung von Kultur und das Handeln der Menschen sollen im Fokus stehen.
5. Reflexion und Suche nach Anwendungsmöglichkeiten der gewonnenen Erkenntnisse sind nötig.
6. Unterschiedliche normative Ziele und Konzepte sollen als gleichwertig angesehen und nicht vorverurteilt werden.

Verschiedene Theorien, Medizin- und Versorgungssysteme sollten ohne eine Hierarchisierung verglichen und verbunden werden (vgl. Bermejo et al., 2012; Straub & Thomas, 2003). Im Folgenden werden weitere Ansätze zur Öffnung der Versorgung erläutert.

Sonnenberger Leitlinien

Mit den Sonnenberger Leitlinien wurden im Jahr 2002 konkrete Handlungsansätze für eine Öffnung des sozialpsychiatrischen Systems entwickelt. Diese setzen sich aus folgenden Punkten zusammen:

1. „Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischer Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscherinnen und Fachdolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „face-to-face“ oder als Telefondolmetscherinnen und Telefondolmetscher.
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärztinnen und -ärzte.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie, Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in Transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie, unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung.
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migrantinnen und Migranten im Straf-,

Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht.

11. Aufnahme der Transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten und deren Behandlung.“

(Machleidt, Salman & Calliess, 2006, S. 34f)

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland

Im Jahr 2012 hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Positionspapier zum Thema *Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland* herausgegeben. In diesem werden aktuelle Herausforderungen für das Versorgungssystem aufgezeigt und Forderungen an eine Weiterentwicklung der Versorgung gestellt. Der DGPPN nach sind „subjektive Erklärungsansätze für psychische Störungen, Krankheitsverständnis und damit in entscheidendem Maße auch Behandlungserwartungen stark von kulturellen Einflüssen abhängig/geprägt. Die Migrationserfahrung selbst kann auch potentiell pathogen wirken und Behandlungsverläufe beeinflussen“ (DGPPN, 2012, S. 2). Diese Faktoren müssen bei der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation beachtet werden. Entsprechend wird eine interkulturelle Öffnung der Versorgung gefordert und eine einseitige Anpassung von Seiten der Migranten abgelehnt. Grundsätzlich bedürfe es einer Sensibilität bzw. Offenheit für Unterschiede und einer Reflexion der eigenen Position. Die Öffnung des Versorgungssystems wird dabei als Top-down-Aufgabe verstanden. Von der Leitungsebene ausgehend, sollen verbindliche Strukturen für eine adäquate Versorgung von Migranten geschaffen werden; diese betreffen die personellen Zuständigkeiten (Amt eines Migrations-/Migranten-/Integrationsbeauftragten), den Bereich der Qualifizierung der interkulturellen Kompetenz sowie die Bildung multikultureller Behandlungsteams. Zudem sei ein regelmäßiger Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern nötig. Dazu bedarf es einer einheitlichen Regelung der Kostenübernahme. In Bezug auf die Prävention wird mehrsprachiges und kultursensibles Informationsmaterial gefordert. Voraussetzung für das Fortschreiten des Öffnungsprozesses wären politische Rahmenbedingungen, die eine interkulturelle Öffnung fördern und fordern (vgl. DGPPN, 2012).

2. Methode

Die Erhebung der Versorgungssituation erfolgte zweigeteilt. Die Angebote des Sozialpsychiatrischen Verbundes erhielten einen standardisierten Fragebogen. Mit diesem sollte die Gestaltung und Inanspruchnahme dieser Angebote erfasst werden. Im zweiten Teil der Studie wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Interviewpartner (IP) waren zum einen die Experten des Versorgungssystems und zum anderen dessen Nutzer sowie deren Angehörige. Je nach Angebot werden Personen, die Versorgung in Anspruch nehmen, als Patienten, Klienten, Nutzer etc. bezeichnet. Innerhalb der Studie wurde der Begriff Nutzer verwendet. Durch die Interviews mit unterschiedlichen Akteuren der sozialpsychiatrischen Versorgung – also Experten aus der Versorgung, Vertretern von Migranten-Selbstorganisationen, den Patienten/Klienten und Angehörigen – sollten die vielfältigen Perspektiven der Wahrnehmung der Versorgungssituation erfasst werden. Mit den Experteninterviews sollten persönliche Einstellungen innerhalb des Systems erfasst werden. Die Interviews mit Nutzern mit Migrationshintergrund und Angehörigen dienten dazu, die Perspektive der Nutzer zu erfassen. Die Ergebnisse beider Teile der Studie werden hierbei in Bezug zueinander gesetzt. Im Folgenden wird die Methodik beider Teile erläutert und Bezug auf das Erkenntnisinteresse, die Fragestellung, die Auswahl der Teilnehmer, den Zugang, das Setting und die Durchführung genommen. Zudem erfolgt eine Diskussion der Vorgehensweise.

2.1 Quantitativer Teil

Mit dem quantitativen Teil der vorliegenden Studie sollten die aktuelle Angebotsstruktur und die Ausrichtung des Sozialpsychiatrischen Versorgungsverbundes erhoben sowie ein Vergleich mit der durch die Vorgängerstudie erhobenen Situation im Jahr 2007 ermöglicht werden. Der Fragebogen der Studie 2007 wurde aufgrund der Ergebnisse und des erweiterten Erkenntnisinteresses für die vorliegende Studie überarbeitet.

Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Das zentrale Anliegen des quantitativen Teils war die Angebotsstruktur des Sozialpsychiatrischen Verbundes in Bezug auf das Thema *Migration* zu betrachten. Die Fragestellungen dazu waren folgende:

- Inwieweit findet das Thema *Migration* und der Umgang mit Nutzern mit Migrationshintergrund Beachtung bei der Ausgestaltung der Angebote?
- Inwieweit erfolgt eine Öffnung des Versorgungssystems für diese Nutzer?
- Bestehen Herausforderungen bei der Versorgung dieser Gruppe?
- Welcher Art sind diese?
- Inwieweit lassen sich Entwicklungen bei der Ausrichtung auf diese Gruppe seit der Erhebung 2007 erkennen?

Diese Fragestellungen wurden für die Entwicklung des Fragebogens operationalisiert und Indikatoren entwickelt, die an unterschiedlichen Punkten des Versorgungssystems ansetzen.

Sampling

Die Grundgesamtheit der quantitativen Erhebung sind alle Angebote von Trägern der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Region Hannover, die im Januar 2012 Mitglied im sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover waren. Die Angebote wurden über die Liste der Angebotsformen/Ein-

richtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover angesprochen. Die Liste wurde von der Region Hannover gemäß den Eigenangaben der Träger zusammengestellt. Der Fragebogen wurde an alle 232 aufgelisteten Angebote versandt. Ziel war es, möglichst viele Angebote des Versorgungsverbundes zu erfassen, um einen Überblick über die gesamte Struktur zu ermöglichen. Die endgültige Stichprobe besteht aus allen Angeboten, die den Fragebogen ausgefüllt und zurückgesandt haben. Die Angebote wurden für die Auswertung gemäß ihrer inhaltlichen Ausrichtung in zehn Kategorien eingeteilt. Um einen Gesamteindruck des Verbundes zu erhalten, wurde während der Erinnerungsphase darauf geachtet, dass Angebote aus allen Kategorien vertreten sind. Die Anzahl der Angebote in den Kategorien sowie die Antwortquote innerhalb der Kategorien sind unterschiedlich hoch. Von den 232 Angeboten haben insgesamt 129 an der Erhebung teilgenommen.

Zugang/Setting

Der Fragebogen wurde von der Region Hannover als Auftraggeber der Studie gemäß der Liste der Angebotsformen/Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund verschickt. Der Versand erfolgte per Post. Zusammen mit dem Fragebogen wurde ein Anschreiben zum Anliegen der Studie und Motivation zur Teilnahme verschickt. Nach dem Versand des Fragebogens erfolgten schriftliche und persönliche Erinnerungen, die den Rücklauf erhöhen sollten.

Fragebogen und Auswertung

Für die quantitative Erhebung wurde ein standardisierter Fragebogen gewählt. Mit diesem sollte die Erfassung aller Angebote und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet werden. Größtenteils handelte es sich um geschlossene Fragen, was eine erhöhte Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Zusätzlich bedeuten geschlossene Fragen eine Zeitersparnis für die ausfüllende Person, was sich positiv auf die Rücklaufquote auswirken kann. Die in den Fragen verwendeten Kategorien wurden anhand der Ergebnisse der Studie des Jahres 2007 sowie Konzepten zur interkulturellen Öffnung von Institutionen entwickelt. Neben den geschlossenen wurden einige offene Fragen hinzugefügt. Diese beziehen sich auf in der Vorgängerstudie nicht erhobene Bereiche, die zunächst explorativ betrachtet werden sollten sowie auf Aspekte, in denen Einschätzungen abgefragt werden. Der Fragebogen hat einen Pretest und eine anschließende Modifikation durchlaufen.

Inhaltlich ist der Fragebogen in neun Teile gegliedert. In Abschnitt A. werden zunächst allgemeine Informationen zur Institution erhoben, um Rückfragen bei der Dateneingabe zu ermöglichen.

In Abschnitt B. werden Daten zur Mitarbeiterstruktur der teilnehmenden Einrichtung sowie zum Anteil von Personen mit Migrationshintergrund und zu vorhandenen Sprachkenntnissen abgefragt. Als Indikatoren dienen die Anzahl der Mitarbeiter nach Umfang der Anstellung (Vollzeit, Teilzeit, auf Honorarbasis und ehrenamtlich), Sprachkenntnisse der Mitarbeiter sowie ein eventueller Migrationshintergrund.

Mit Abschnitt C. des Fragebogens soll ein Überblick über die Nutzer gewonnen werden, die im Jahr 2011 Leistungen des Angebots in Anspruch genommen haben. Als Indikatoren dienen die Anzahl der Nutzer insgesamt, die Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund, die Herkunft der Nutzer mit Migrationshintergrund und die Diagnosen der Nutzer. Die Diagnosen werden nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der Weltgesundheitsorganisation erfasst. Die Herkunft der Nutzer wird auch in Verbindung mit vorliegenden Diagnosen erfragt. Diese Frage zielt darauf ab, die Angebotsstruktur bedarfsgerecht verbessern zu können. So soll eine etwaige Verteilung

dargestellt werden, um die Angebote in Bezug auf sprachliche Kenntnisse und Behandlungsangebote anpassen zu können. Aus diesem Teil der Erhebung können aufgrund der Stichprobengröße keine allgemeinen Aussagen zu Prävalenzen abgeleitet werden.

Im Abschnitt D. des Fragebogens soll die Beachtung des Themas *Migration* innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes untersucht werden. Dazu wird die Ausgestaltung der einzelnen Angebote im Hinblick auf das Thema *Migration* näher betrachtet. Als Indikator für die Ausrichtung der Angebote werden Art und Häufigkeit der im Verbund bestehenden Konzepte und Projekte mit Migrationsbezug erhoben. Ein weiterer Indikator sind die Zugangswege zu Migranten.

Mit Abschnitt E. sollen Erkenntnisse über Austausch und gegenseitige Hilfestellung innerhalb des Verbundes gewonnen werden. Als Indikator werden Kontakte und Zusammenarbeit der Angebote mit anderen Einrichtungen verwendet.

In Abschnitt F. sollen Bereiche identifiziert werden, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Als Indikator wird der empfundene Verbesserungsbedarf in der Versorgung verwendet und anhand von Kategorien zur Versorgung erhoben.

Die Frage in Abschnitt G. zielt darauf ab, Erkenntnisse zu folgenden Aspekten zu gewinnen: Beeinflusst die Arbeit mit Migranten oder die Ausrichtung auf Migranten auch andere Bereiche der Arbeit innerhalb des Angebots? Als Indikator dient die Angabe von Effekten der Arbeit mit Migranten auf das Angebot insgesamt.

Abschnitt H. bezieht sich auf die Studie aus dem Jahr 2007. Effekte der Studie sollen erhoben werden. Dazu wird zunächst erhoben, wie verbreitet Kenntnisse über die Studie sind. Als weiterer Indikator für die Effekte wird nach Veränderungen durch die Studie und einer Bewertung dieser gefragt.

In Abschnitt I. des Fragebogens wird die Einschätzung der Versorgungslage von Migranten erhoben. Am Ende des Fragebogens wird den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, Verbesserungsvorschläge zu äußern. Diese werden in die Entwicklung von Empfehlungen an verschiedene Ebenen des Verbundes und der Region Hannover einbezogen.

Die Daten aus der quantitativen Erhebung wurden in das statistische Auswertungsprogramm SPSS eingeben und mit diesem sowie Excel ausgewertet. Der Großteil der Daten ist deskriptiv. Sie wurden mit statistischen Methoden bezogen auf Häufigkeiten und Verteilungen ausgewertet. Aus den freien Antworten des Fragebogens wurden induktiv Kategorien gebildet, unter denen die Antworten zusammengefasst sind.

Diskussion

Einige Punkte des quantitativen Teils bedürfen einer kritischen Einordnung: Die Auswahl der Stichprobe erfolgte eingeschränkt zufällig. Alle Angebote, die den Fragebogen ausgefüllt haben, sind in die Studie aufgenommen worden. Aufgrund der Art der Erinnerung durch persönliche Ansprache kann es zu Verzerrungen bei der Verteilung der Angebote auf die verschiedenen Kategorien gekommen sein. Die persönliche Ansprache erfolgte durch die Mitglieder der Unterarbeitsgruppe. Diese hatten unterschiedlichen Kontakt zu den Angeboten, was einen Einfluss auf deren Teilnahmebereitschaft gehabt haben könnte. Dennoch können die gewonnen Ergebnisse als aussagekräftig für den gesamten Verbund angenommen werden und dienen dem Ziel, die aktuelle Versorgungssituation zu erheben und zu beschreiben.

Der Fragebogen wurde von einigen Teilnehmern als tendenziös bzw. wertend wahrgenommen. Andere Teilnehmer haben zurückgemeldet, dass sie ihn als sensibilisierend empfunden haben und Ressourcen, etwa in Bezug auf Sprachkenntnisse, deutlich geworden seien. Die indizierende Wirkung könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Ergebnisse der letzten Studie genutzt wurden. In dieser wurden Herausforderungen angesprochen, auf die nun erneut Bezug genommen wird. In einem Erinnerungsschreiben wurde deswegen betont, dass keine Bewertung der Angebote vorgenommen soll, sondern lediglich eine Darstellung und Beschreibung der Versorgungsstruktur erstellt werden soll. In der Auswertung wurde deutlich, dass einige Fragen zum Teil missverstanden wurden. In Folgestudien könnte die Zahl der Pretest-Teilnehmer erhöht werden. Ein Diskussionspunkt, der allgemein bei der Verwendung und Entwicklung eines Fragebogens existiert, ist die Vorgabe von Antwortkategorien. Rückschlüsse auf die Relevanz und Konzepte der Befragten sind nur eingeschränkt möglich. Gleichzeitig bieten standardisierte Fragebögen eine erhöhte Vergleichbarkeit. In der vorliegenden Studie wird die individuelle Ebene zudem innerhalb der Interviews stärker berücksichtigt.

Während der Auswertung wurde deutlich, dass die Erfassung von Daten zur Herkunft der Nutzer je nach Angebot unterschiedlich ausgeprägt ist. Hier wurden ethische Bedenken bei der Erfassung eines Migrationshintergrundes geäußert. Es könne zu Diskriminierungen kommen. Ein Migrationshintergrund würde, wie auch das Geschlecht, bei der allgemeinen Datenerfassung nicht erhoben, sondern würde erst in der Anamnese relevant. Gleichzeitig könnte eine statistische Erfassung einen Beitrag zur bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung leisten und für Kostenträger als Begründung spezieller Angebote und Spezialisierungen dienen. Aufgrund der unterschiedlichen Datenlage können die Zahlen der vorliegenden Studie nur Näherungswerte sein. Dasselbe gilt für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Die Zahl dieser kann höher sein, als in dieser Studie angegeben.

Ein weiterer kritischer Punkt ist, dass für die Auswertung Herkunftsgruppen aus den Nutzern gebildet wurden. Diese umfassen häufig eine heterogene Gruppe. Eine differenziertere Darstellung wäre aufgrund der Datenlage und Fallzahl nicht aussagekräftig gewesen.

2.2 Qualitativer Teil

In der Vorgängerstudie lag der Fokus auf den Versorgungsstrukturen im Sozialpsychiatrischen Verbund, also auf der Angebotsseite. Hauptanliegen der vorliegenden Nachfolgestudie war es, einerseits mittels der wiederholten (und in Teilen erweiterten) Datenerhebung, eine Entwicklung seit 2007 zu überprüfen und darzustellen. Gleichzeitig sollte eine Erweiterung der Perspektiven hinsichtlich der Forschungsfrage auf weitere Akteure des Forschungsfeldes erfolgen, um so die Datengrundlage im Sinne einer perspektivischen Erweiterung und methodischen Triangulation zu verbreitern. Hierzu wurden Interviews mit Experten der Versorgerseite, mit MSO-Vertretern sowie Nutzern des Versorgungssystems, also Patienten und Angehörigen geführt.

Erkenntnisinteresse und Fragestellungen

Das zentrale Erkenntnisinteresse bezogen auf die Experten in der Versorgung war die persönliche Wahrnehmung von Migranten in der alltäglichen Arbeit im eigenen Arbeitsbereich. Hier interessierte zunächst der wahrgenommene Versorgungsbedarf dieser Patienten- oder Klientengruppe, also die wichtigsten beobachteten Problematiken. Damit zusammenhängend sollten auch die in der Behandlung gemachten Erfahrungen und eventuell bestehenden Herausforderungen beziehungsweise Barrieren im Umgang ermittelt werden. Davon ausgehend war die Frage, auf welche Art und

Weise man im eigenen Arbeitsbereich mit diesem besonderen Bedarf und den Herausforderungen umgeht (beispielsweise in Form spezifischer Angebote, Handlungsweisen, Vernetzung, Kooperation etc.).

Auch bezogen auf die MSO-Vertreter stand die Frage nach den wichtigsten Problematiken (Versorgungsbedarf) und den bestehenden Zugangs- und Behandlungsbarrieren bezogen auf die eigene Community im Vordergrund. Auch hier interessierten vorhandene Handlungsfelder bezüglich dieser evtl. vorhandenen Hürden in der jeweiligen Organisation, also ob es beispielsweise spezielle Beratungsangebote gibt, inwiefern Vernetzungen zu Angeboten in der Region bestehen usw.

Den Abschluss in den Experteninterviews bildete jeweils eine persönliche Einschätzung der Versorgungslage. Hier wurden auch ggf. vorhandene Wünsche und Verbesserungsempfehlungen auf Grundlage dieser Einschätzungen angesprochen.

Bezogen auf die Nutzer (also Patienten und Angehörige) des Versorgungssystems lag das Interesse in den persönlichen Erfahrungen, die mit dem Versorgungssystem gemacht wurden. Welche Schwierigkeiten stellten sich in der Behandlungsgeschichte der IP dar, was wurde als negativ, was als positiv erlebt? Welche Aspekte waren oder sind in der Behandlung insgesamt bedeutend? Als ein weiterer Aspekt interessierte hier auch die Rolle, welche Angehörige in der Krankengeschichte spielen und wie sie die Versorgung aus ihrer Sicht wahrnehmen. Am Ende standen auch hier Wünsche und Verbesserungsvorschläge vor dem Hintergrund der eigenen Krankengeschichte bzw. der des Angehörigen.

Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen wurde eine qualitative Herangehensweise in Form von Interviews gewählt. Durch das Prinzip der Offenheit des Ansatzes sollten einerseits bereits in den quantitativen Daten angedeutete Aspekte vertiefend herausgearbeitet werden. Auf der anderen Seite sollte den IP aber die Möglichkeit zur Artikulierung eigener, im Zusammenhang der Themenfelder als wichtig empfundener Thematiken im Spannungsfeld Versorgungssystem und Nutzer eröffnet werden.

Sampling

Die Auswahl der IP erfolgte einerseits unter der Prämisse größtmöglicher Varianz und Multiperspektivität bezüglich der im Untersuchungsfeld relevanten Akteursgruppen. Die Festlegung der Fallgruppen und Fälle erfolgte somit im Vorhinein nach eher repräsentativen Kriterien. Andererseits sollte durch den Einbezug einzelner, erlebter Erfahrungsgeschichten ein vertiefendes Verständnis der Thematik ermöglicht werden. Dieses Vorgehen bei der Auswahl ermöglichte es zum einen, den begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen des Projekts gerecht zu werden und zum anderen aber dennoch, das Untersuchungsfeld in seiner Breite und Tiefe zu durchleuchten.

Auf Seiten der Versorgung wurde jeweils ein Vertreter fünf verschiedener Angebotsformen des sozialpsychiatrischen Verbunds interviewt. Es sollten auf diese Weise verschiedene Bereiche des Versorgungssystems abgebildet werden. Als wichtige Schlüsselgruppe zwischen Migrantengcommunity und Versorgungssystem wurden außerdem Interviews mit Vertretern von Migrantenselbstorganisationen aus den vier größten Migrantengruppen geführt. Auf Nutzerseite wurden Interviews mit Migranten geführt, die sowohl Erfahrungen im Rahmen sozialpsychiatrischer Angebote im Raum Hannover als Patienten/Klienten im Rahmen von Behandlungen/Betreuung usw. gemacht haben, als auch über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Aufgrund ihrer oftmals wichtigen

begleitenden und unterstützenden Funktion im Rahmen sozialpsychiatrischer Versorgung, wurden außerdem Angehörige von Betroffenen als Fallgruppe einbezogen. Auch hier waren entsprechende Erfahrungen mit dem Versorgungssystem Voraussetzung für eine Teilnahme an der Studie. Es wurde jeweils eine Person aus den vier größten Migrantengruppen interviewt. Insgesamt wurden 20 Interviews geführt, 17 davon in die anschließende Analyse und Auswertung mit aufgenommen. Drei Interviews wurden auf Grund ihrer geringen Ergiebigkeit – in einem Fall war die Sprachbarriere zwischen IP und Interviewer zu groß, in zwei weiteren Fällen stellte sich heraus, dass die Fähigkeit zur Reflexion der IP durch die psychiatrische Erkrankung deutlich eingeschränkt war – nicht berücksichtigt. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug ca. 60 Minuten.

Zugang und Setting

Die Ansprache der Experten (Versorger und MSO) erfolgte zunächst telefonisch. In diesem kurzen Vorgespräch wurden Sinn und Zweck der Studie und der Ablauf des Interviews erläutert sowie Anonymität im Umgang mit den Interviewdaten zugesichert. Anschließend wurde ein Interviewtermin vereinbart und per Email ein Informationsblatt mit den im Telefongespräch dargelegten Informationen sowie eine Datenschutzerklärung verschickt. Alle angesprochenen Experten waren an einer Teilnahme interessiert.

Der Zugang zu den Patienten und Angehörigen erfolgte über einen transkulturellen Betreuungsverein und über einen Psychotherapeuten. Eine Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Personen über Erfahrungen mit dem Versorgungssystem verfügten, also psychisch erkrankt waren oder sind. Dies stellte hohe Anforderungen an die Auswahl der IP. Um zu gewährleisten, dass ein Gespräch über den eigenen Krankheitsweg und damit unter Umständen auch unangenehme Erinnerungen keine unvermeidbare Belastung darstellen würde, wurde die Auswahl in enger Absprache mit der betreuenden Institution bzw. dem Therapeuten getroffen. Auf eine schriftliche Information wurde bei den Patienten- und Angehörigeninterviews zugunsten einer mündlichen Erläuterung zu Sinn und Zweck der Studie und dem Ablauf des Interviews verzichtet. Die Vorab-Information erfolgte zunächst durch den Betreuungsverein und den Therapeuten, eine detailliertere Einführung geschah dann durch den Interviewer am Interviewtermin selbst.

Die Patienten und Angehörigen erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20,00 €. Alle IP sagten einer Teilnahme zu.

Die Audioaufzeichnung wurde im Vorhinein erfragt und von allen Teilnehmern zugelassen.

Um einer Natürlichkeit der Gesprächssituation möglichst gerecht zu werden, fanden die Interviews entweder in einer den IP vertrauter Umgebung (also z.B. bei diesen zuhause oder – im Falle der Experten – im Tätigkeitsbereich) oder an einem von diesen selbst gewählten Ort statt.

Qualitative Interviews: Experteninterviews und narrativ-episodische Interviews

Als Interviewform wurde für die Versorgerseite das Experteninterview gewählt. Bezogen auf die Fragestellungen interessierten die Erfahrungen als Vertreter ihres Arbeitsbereichs, in welchem sie im Rahmen ihrer Tätigkeit in Kontakt mit Migranten stehen. Bei den MSO-Vertretern galt die Annahme, dass sie Schlüsselpersonen zwischen Versorgungssystem und Migrantengemeinschaft darstellen. Um die Vergleichbarkeit der Fälle zu erhöhen und um den Zeitaufwand für die Experten besser umgrenzen zu können (vgl. Flick, 2011) wurden Interview-Leitfäden (siehe Anhang) entwickelt,

die jeweils im Vorfeld einem Pretest unterzogen wurden. Um die relativ starke Strukturierung durch die Leitfäden etwas aufzubrechen und um einzelne Aspekte im Handlungsfeld des Experten zu kontextualisieren, wurde immer wieder auf Erfahrungen der Experten eingegangen. Mit Blick auf die Fragestellungen sind dabei die Erfahrungen von Interesse, die diese als Vertreter ihres Arbeitsbereichs und durch den im Rahmen ihrer Tätigkeit bestehenden Kontakt mit Migranten sammeln.

In den Patienten- und Angehörigeninterviews wurde eine offenere weniger strukturierende Herangehensweise gewählt, die den IP mehr Freiheit zur individuellen Ausgestaltung des Gesprächs lassen sollte. Die eventuell ohnehin als ungewohnt erlebte Interviewsituation sollte so etwas entspannt werden. Andererseits erschien dieses Vorgehen der Forschungsfrage angemessener: Im Zentrum des Interesses stand das im Behandlungsweg erlebte und die Bewertung desselben. Die Interviews waren daher eher narrativ-episodischer Art, das heißt, es wurden Erzählanreize gegeben, um den Gesprächsfluss aufrecht zu erhalten und zum besseren Verständnis einzelner Aspekte wurde bei Bedarf auch vertiefend nachgefragt. Ansonsten verhielt sich der Interviewer eher zurückhaltend und „ließ den IP reden“.

Die Interviews wurden transkribiert und anschließend mittels inhaltlich strukturierender, qualitativer Inhaltsanalyse (Experteninterviews) und im Falle der Patienten- und Angehörigeninterviews induktiv vorgehender Kodierung und Kategorienbildung computergestützt ausgewertet. Die Transkription erfolgte mit dem Programm f4plus V.5.20.0, die Inhaltsanalyse mit dem Programm MAXQDA V.10. Nach dem Interview wurden Gedächtnisprotokolle angefertigt, in denen Informationen zur interviewten Person, zum Setting und zum Ablauf festgehalten wurden. Die Daten wurden vor der Analyse vollständig anonymisiert, zusätzlich zu den Namen der Interviewpartner wurden alle Orts- Institutionen- und Personennamen, sofern Rückschlüsse auf die interviewte Person möglich waren, abgeändert. Bei Interesse können die Transkripte über das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. angefragt werden.

Kritische Reflexion der angewandten Methoden

Wie auch für den quantitativen Teil bereits ausgeführt, sollen auch an dieser Stelle einige im Hinblick auf die angewandten Methoden zu beachtende Aspekte angesprochen werden.

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass erzähltes Verhalten von konkretem Verhalten (beispielsweise in Behandlungs- oder Beratungssituationen) unter Umständen erheblich abweichen kann. Eine bestimmte Verhaltensweise möchte der IP vielleicht nicht erzählen, bestimmte Verhaltensweisen nahm er vielleicht nicht bewusst wahr. Um die Daten diesbezüglich zu verbessern, wären längerfristige teilnehmend und/oder systematisch beobachtende Begleitungen von Behandlungs- oder Beratungssituationen nötig gewesen, um das implizite um das explizite Wissen zu ergänzen. Dies war im Rahmen dieser Studie allerdings aus Kapazitätsgründen nicht möglich.

Ein zweiter Aspekt bezieht sich auf die Auswahl der Fälle für die Nutzer-Perspektive: Ein Teil des Erkenntnisinteresses bezog sich hier auf vorhandene Barrieren im Zugang zum Versorgungssystem. Im Rahmen der Studie wurden Erfahrung aber ausschließlich Personen interviewt, die zwar über (retrospektiv geschilderte) Zugangsbarrieren berichten konnten, aber letztlich mehr oder weniger erfolgreich Zugang zum Versorgungssystem bekommen haben. Auch dies schränkt die Allgemeingültigkeit der hier vorgestellten Daten ein. Hier wäre es in zukünftigen Erhebungen notwendig, Migranten einzubeziehen, die noch gar keinen Zugang zum Versorgungssystem haben. Der Zugang könnte hier beispielsweise über die Migranten-Selbstorganisationen führen.

Wie weiter oben angedeutet, handelt es sich bei den in den Patienten-Interviews geschilderten Erlebnissen teilweise um retrospektive und zeitlich manchmal einige Jahre zurückliegende Erfahrungen mit dem Versorgungssystem. Somit können aus den Daten dieser Episoden nur bedingt Rückschlüsse auf einen etwaigen „Ist-Zustand“ der Versorgung gezogen werden. Auch deshalb böten sich in künftigen Studien längere Begleitungen aktueller Fälle an.

Ein Aspekt, der in der Diskussion der Vorgehensweise im quantitativen Teil bereits angedeutet wurde, könnte auch bei den Interviews der Experten eine beeinflussende Rolle gespielt haben: Im Verlauf eines Experteninterviews deutete sich an, dass eine Teilnahme an der Studie als Bewertung der interkulturellen Öffnung des eigenen Arbeitsbereichs missverstanden werden konnte. So wurde im Verlauf des Gesprächs mit einer Vertreterin eines Versorgungsangebots deutlich, dass diese das Gefühl hatte, einem mehr oder weniger offen geäußerten Vorwurf ausgesetzt zu sein. Sie wies darauf hin, dass es eventuell eine Hürde für manche Versorger darstellen könne, zuzugeben, wenn man etwa wenige oder keine migrantenspezifischen Angebote im Arbeitsbereich anbietet:

„Also es geht ja darum, wenn ich sage, wir machen erst seit vier (..) uns im Prinzip seit vier, fünf Jahren (lacht) Gedanken über unsere Migranten (..) wir haben wenig Migranten, die bei uns arbeiten (..) das is' ja erstmal, um das so selbstbewusst nach außen zu tragen, muss man das Selbstbewusstsein ja haben [...]“ (ID_1, 1256-1264)

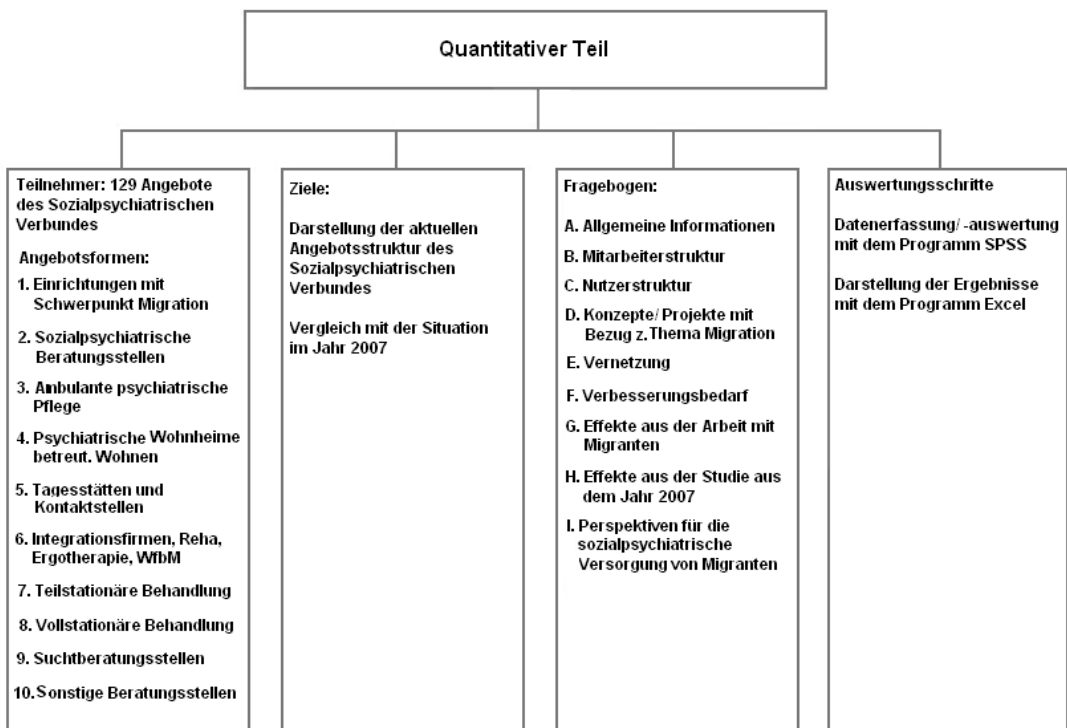
Hier ist nicht auszuschließen, dass die Präsenz des Interviewers als Vertreter des Ethnomedizinischen Zentrums als explizit migrantenspezifischem Angebot, eventuell (trotz zugesicherter Anonymisierung) einen hemmenden Einfluss auf die Erzählbereitschaft mancher IP gehabt hat.

Bezüglich der Aussagen der Patienten sollte bedacht werden, dass die Erzählbereitschaft bezüglich der eigenen psychischen Krankheit gehemmt sein kann. Wie bereits weiter oben angedeutet, kann die Erinnerung an die Krankengeschichte geprägt sein von schwierigen und teils schmerzhaften Erfahrungen, die ungern ausgesprochen werden, insbesondere gegenüber Personen, die dem IP unbekannt und Vertreter einer öffentlichen Institution sind. Trotz enger Absprache mit dem transkulturellen Betreuungsverein und dem Therapeuten und sehr sorgfältiger Auswahl der Patienten und Angehörigen, kann dieser Aspekt in der Erhebung der Daten zum Tragen gekommen sein, insbesondere vor dem Hintergrund der kurzen, einmaligen Sitzungen von ca. 60 Minuten. Hier könnte es bei zukünftigen Studien sinnvoll sein, die Interviews über mehrere Sitzungen hinweg auszudehnen, um zumindest ein gewisses Vertrauensverhältnis aufbauen zu können und diesen Effekt abzumildern.

3. Ergebnisse des quantitativen Teils

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen Auswertung dargestellt. Die Angebote des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte und sind dementsprechend unterschiedlich ausgestaltet. Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen, wurden zehn Kategorien gebildet, innerhalb derer die Angebote verglichen werden. Das erste Unterkapitel ist der Auswertung für den gesamten Versorgungsverbund gewidmet. Die einzelnen Ergebnisse werden in der Struktur des Fragebogens vorgestellt. Um die Vergleichbarkeit zur Studie aus dem Jahr 2007 zu erhöhen, wurden Angebote, die nur an der ersten Studie teilgenommen haben, für einige Fragen aus den Ergebnissen von 2007 rausgerechnet. So werden Verzerrungen, etwa beim Vergleich der Anteile von Nutzern mit Migrationshintergrund, vermieden. Nach der Gesamtauswertung werden in Unterkapiteln die Ergebnisse der einzelnen Angebotsformen gesondert dargestellt. Diese Darstellung folgt demselben Schema wie die Gesamtauswertung. Dabei werden die Bereiche B. bis F. des Fragebogens für jede Kategorie erneut ausgewertet, da sie sich auf die Arbeit und Gestaltung der einzelnen Angebote beziehen. Die Frage E.3 wird nicht erneut ausgewertet. Die Bereiche G. – I. nehmen allgemein Bezug zur Arbeit mit Migranten und zur Studie aus dem Jahr 2007 und werden ebenfalls nicht gesondert ausgewertet. Zum Schluss des Kapitels werden die zentralen Auswertungsergebnisse zusammengefasst und in Bezug zueinander gesetzt.

Abbildung 4: Schema Quantitativer Teil der Studie



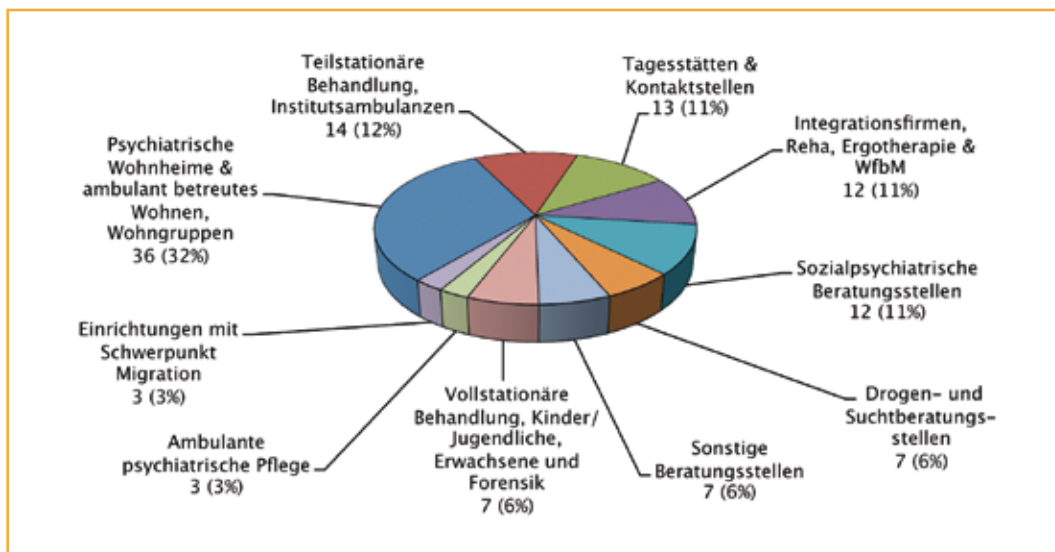
3.1 Gesamtauswertung für den Sozialpsychiatrischen Verbund

A. Struktur der Angebote

A.1 Angebotsformen

An der Studie haben 129 Angebote teilgenommen. Da einige eng zusammenarbeiten und sich strukturell nicht eindeutig trennen lassen, ergeben sich für die Auswertung 114 Fälle. Die Verteilung auf die unterschiedlichen Angebotsformen zeigt Abbildung 5.

Abbildung 5: Art der Angebote (N = 114 Angebote)



In der Studie 2007 haben 89 Angebote teilgenommen. Nicht alle Teilnehmer waren Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund. In 2007 waren die Drogen- und Suchtberatungsstellen mit sonstigen Beratungsstellen zu einer Gruppe zusammengefasst. In der folgenden Tabelle werden die Angebote jedes Clusters insgesamt und die Teilnehmer der aktuellen Studie sowie der Studie aus dem Jahr 2007 verglichen.

Tabelle 4: Vergleich der Angebote insgesamt und der Teilnehmer

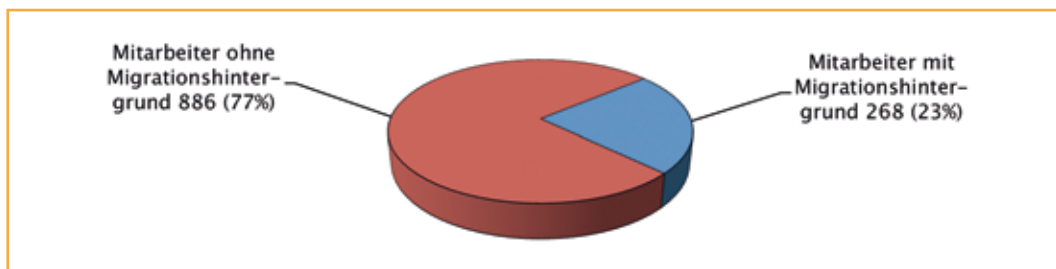
Clusterbereich	Anzahl		
	Gesamt	Teilnehmer im Jahr 2007	Teilnehmer im Jahr 2012
Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration	5	5	3
Sozialpsychiatrische Beratungsstellen	13	11	12
Ambulante psychiatrische Pflege	7	4	2
Psychiatrische Wohnheime und ambulant betreutes Wohnen, Wohngruppen	74	26	37
Tagesstätten & Kontaktstellen	24	10	13
Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und WfbM	30	5	12
Teilstationäre Behandlung, Institutsambulanzen	37	7	14
Vollstationäre Behandlung, Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Forensik	16	10	7
Drogen- und Suchtberatungsstellen	10		7
Sonstige Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote	15	11	7

B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

In den Angeboten, die an der Studie teilgenommen haben, arbeiten insgesamt 1.697 Mitarbeiter. 12 Angebote haben keine Angaben zum Hintergrund oder zu Sprachkenntnissen ihrer Mitarbeiter gemacht. Für 1.154 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund haben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit 268 Personen einen Anteil von 23 % an der gesamten Mitarbeiterschaft.

Abbildung 6: Art der Angebote (N = 114 Angebote)

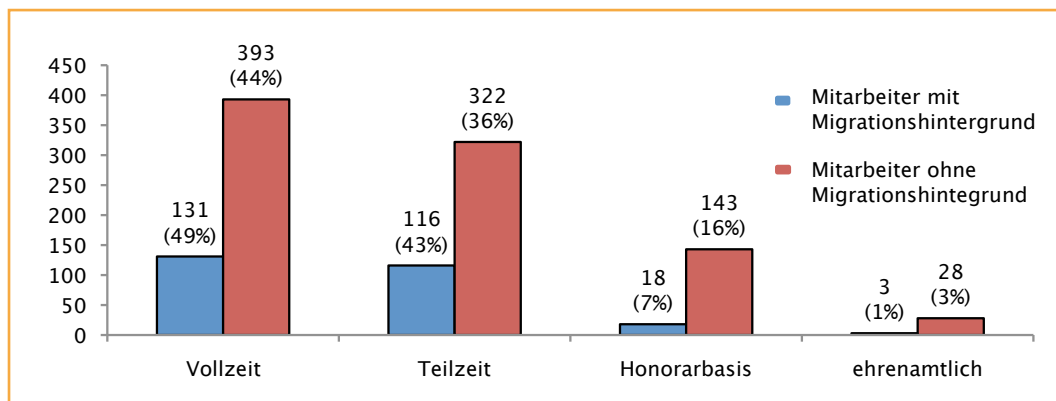


Werden die Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration ausgeklammert, haben 212 (20 %) Mitarbeitern einen Migrationshintergrund und 875 (80 %) keinen Migrationshintergrund. In der Studie 2007 wurde ein Anteil von 9 % ermittelt. Werden aus der Studie 2007 alle Angebote ausgenommen, die in der aktuellen Studie nicht teilgenommen haben, betrug die Gesamtzahl der Mitarbeiter 2007: 2.003 Mitarbeiter, von denen 160 (8 %) Mitarbeiter einen Migrationshintergrund hatten. Unter Berücksichtigung aller Einrichtungen ist der Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund von 9 % im Jahr 2007 auf 23 % im Jahr 2012 gestiegen.

B.2 Mitarbeiter: Herkunft, Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang

Von den 268 Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeiten 131 (49 %) Vollzeit, 116 (43 %) Teilzeit, 18 (7 %) auf Honorarbasis und 3 (1 %) ehrenamtlich. Von den 886 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten 393 (44 %) Vollzeit, 322 (36 %) Teilzeit, 143 (16 %) auf Honorarbasis und 28 (3 %) ehrenamtlich. Anteilsmäßig sind Mitarbeiter mit Migrationshintergrund demnach stärker in Vollzeit und Teilzeit beschäftigt als Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund. Bei den Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund liegt der Anteil bei Beschäftigung auf Honorarbasis um 9 % höher als bei den Mitarbeitern mit Migrationshintergrund.

Abbildung 7: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 268; N ohne Migrationshintergrund = 886)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Insgesamt wurden Kenntnisse in 33 Sprachen angegeben.

Tabelle 5: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 1.154); Mehrfachantworten waren möglich.

Sprachkenntnisse	Anzahl	Prozent
Englisch	508	44
Russisch	101	9
Polnisch	45	4
Türkisch	35	3
Französisch	22	2
Spanisch	18	2
Serbokroatisch	18	2
Italienisch	13	1
Griechisch	6	1
Arabisch	5	unter 1
Ungarisch	5	unter 1
Persisch	4	unter 1
Ukrainisch	3	unter 1
Bulgarisch	3	unter 1
Schwedisch	3	unter 1
Kurdisch	3	unter 1
Vietnamesisch	3	unter 1
Kosovoalbanisch	2	unter 1
Niederländisch	2	unter 1
Litauisch	2	unter 1
Portugiesisch	2	unter 1
Ritia (Eritrea)	2	unter 1
Aserbajdschanisch	2	unter 1
Georgisch	1	unter 1
Mazedonisch	1	unter 1
Rumänisch	1	unter 1
Amharisch	1	unter 1
Indisch	1	unter 1
Tschechisch	1	unter 1
Finnisch	1	unter 1
Norwegisch	1	unter 1

Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 508 (44 %) der Mitarbeiter sprechen Englisch. Als Verkehrssprache liegt diese deutlich vor allen anderen Sprachen. Nach Englisch folgen Russisch (101, 9 %), Polnisch (45, 4 %), Türkisch (35, 3 %), Französisch (22, 2 %), Spanisch (18, 2 %), Serbokroatisch (18, 2 %), Italienisch (13, 1 %) und Griechisch (6, 1 %). Die weiteren Sprachen werden jeweils von unter 1 % der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Verbundes gesprochen.

Abbildung 8: Sprachkenntnisse (N = 1.154)

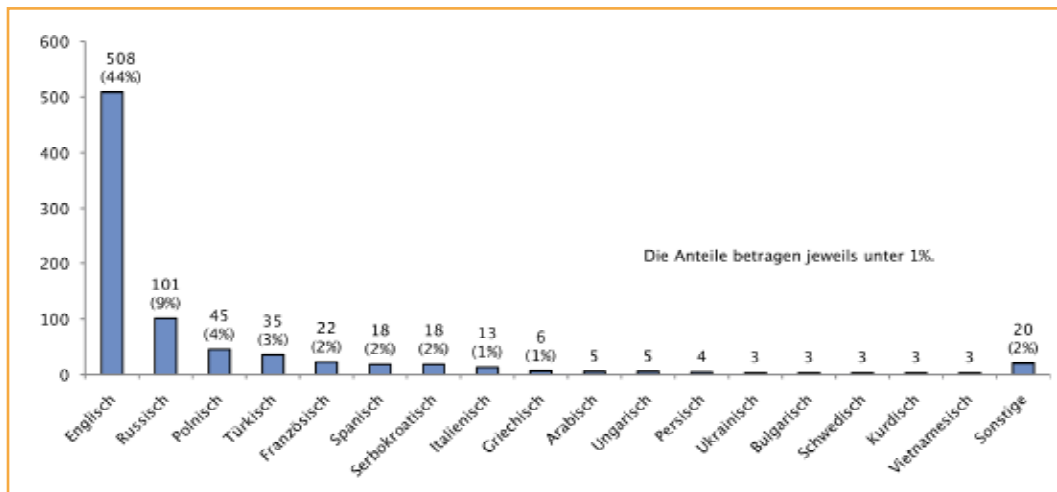
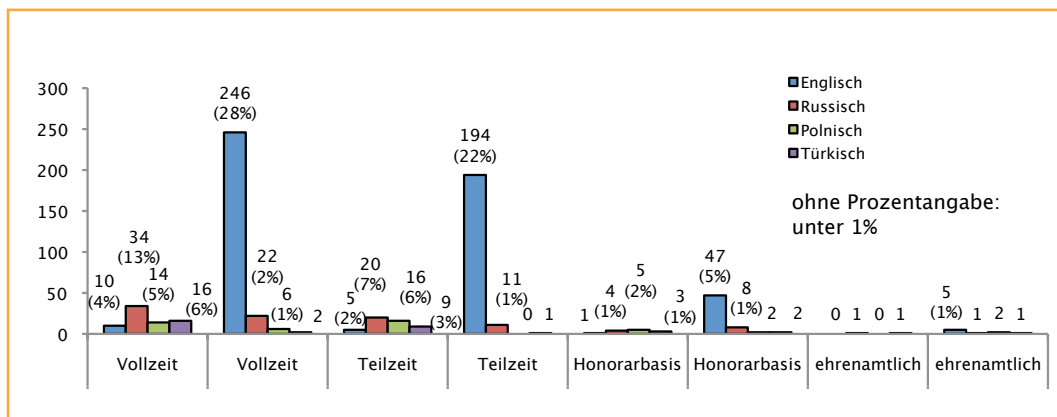


Abbildung 9 zeigt die häufigsten Sprachkenntnisse der Mitarbeiter aufgeteilt nach Migrationshintergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung. Bei den Mitarbeitern mit Migrationshintergrund sind Russischkenntnisse am stärksten verbreitet. Bei den Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund sind Englischkenntnisse am verbreitetsten.

Abbildung 9: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N = 1.154, Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, N = 268, Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund, N = 886)



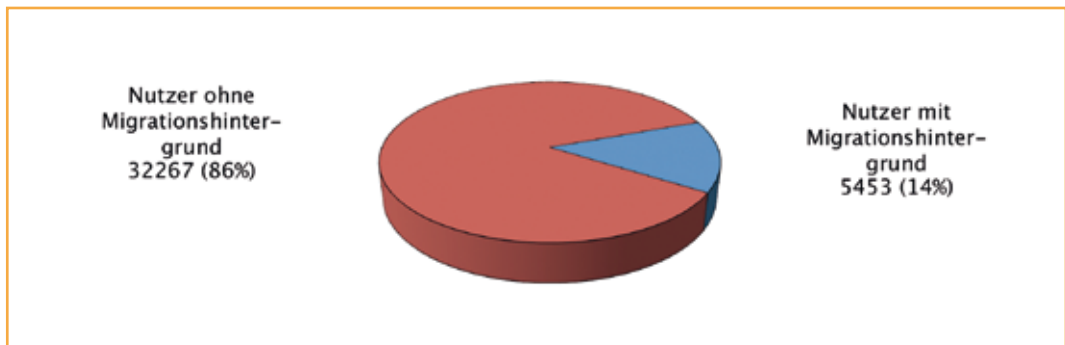
C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt?

Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Sechs Angebote haben die Frage nach der Zahl ihrer Nutzer nicht beantwortet. Von den übrigen 108 Angeboten wurden im Jahr 2011 insgesamt etwa 37.729 Nutzer versorgt. 26 Angebote haben keine Angaben dazu gemacht, ob ihre Nutzer einen Migrationshintergrund haben oder nicht. Die übrigen 88 Angebote haben für 5.453 (14 %) Nutzer einen Migrationshintergrund angegeben. Die tatsächliche Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund kann nicht ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Angeboten statistisch erfasst wird.

Abbildung 10: Nutzer (N = 37.729)



Bei der Studie 2007 betrug die Anzahl der Nutzer 36.107.

5.613 (16 %) Personen hatten einen Migrationshintergrund. Werden aus der Studie 2007 alle Angebote ausgenommen, die in der aktuellen Studie nicht teilgenommen haben, betrug die Gesamtzahl der Nutzer 2007: 29.567 Nutzer, von denen 4.301 (15 %) Nutzer einen Migrationshintergrund hatten.

Zudem wurden nicht bei allen Nutzern mit Migrationshintergrund differenzierte Angaben zur Herkunft gemacht. Insbesondere im vollstationären Bereich fehlen Angaben zu Nutzern. In der Studie 2007 entfiel der größte Anteil der Nutzer auf diesen Bereich. Die folgenden Berechnungen beziehen sich auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorliegen. Dies sind 32.329 Nutzer.

C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Tabelle 6: Diagnosen der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der Weltgesundheitsorganisation

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Diagnosen werden nicht von allen Angeboten statistisch bzw. nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation erfasst. Die folgenden Zahlen können deswegen nur als Näherungswerte betrachtet werden. Insgesamt sind die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der Weltgesundheitsorganisation häufiger vertreten, als die weiteren F-Diagnosen. Die Verteilung der Nutzer ohne Migrationshintergrund entspricht anteilmäßig etwa der Verteilung der gesamten Nutzer auf die Diagnosen nach ICD-10. Die häufigste Diagnose bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund ist F1 mit 8288 Nutzern (28 %). Bei F2 und F3 Diagnosen wurden 5373 bzw. 5314 Nutzer (18%) angegeben. Die Verteilung der Nutzer mit Migrationshintergrund unterscheidet sich leicht von der Verteilung insgesamt. Die größte Anzahl liegt mit 810 (27 %) bei F2. Die Anzahl bei F1 beträgt 712 (24 %). Bei F4 liegt der Anteil mit 13 % (372) leicht über dem Anteil der Nutzer ohne Migrationshintergrund (8 %, 2438). Bei den F0-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund bei 2 % (62), während er bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund bei 5 % (1634) liegt. Bei F3 liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund (16 %, 484) leicht unter dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund (18 %, 5373).

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 11.1 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 11.2 bezieht sich auf die Verteilung auf die Diagnosen F5, F7, F8, F9 und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 11.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

Abbildung 11.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 2.970, N ohne Migrationshintergrund = 29.359, N gesamt = 32.329)

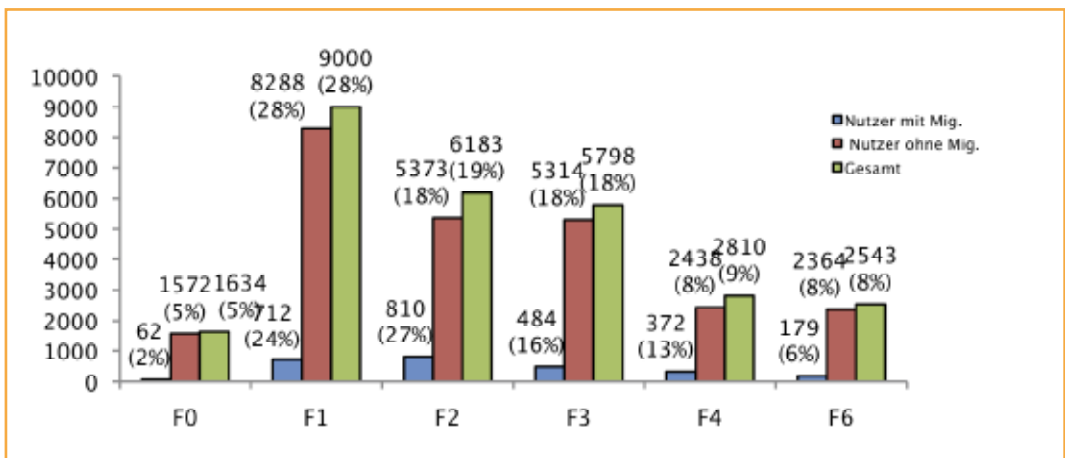
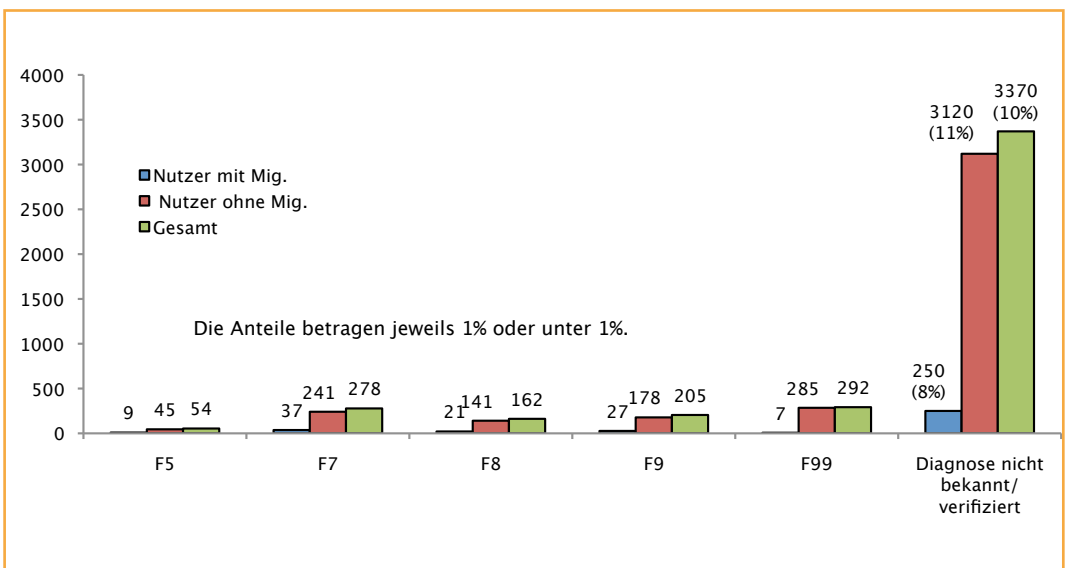


Abbildung 11.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 2970; N ohne Migrationshintergrund = 29359; N gesamt = 32329)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Neben der Frage nach einem Migrationshintergrund der Nutzer wurden die Angebote nach genaueren Angaben zu Herkunft ihrer Nutzer gefragt. Für 2.300 Nutzer mit Migrationshintergrund wurden Daten zu dieser Frage bereitgestellt. Es wurde eine Vielzahl an Herkunftsländern angegeben. Um diese in die Auswertung einbeziehen zu können, wurden mehrere Länder teilweise zu Gruppen zusammengefasst. Aus einigen Ländern wurden Sprachgruppen gebildet, da die Kategorie *Sprache* für den Umgang mit den Nutzern in der Versorgung von großer Bedeutung ist. Eine Berücksichtigung aller Länder im Einzelnen hat sich für die Auswertung als nicht praktikabel erwiesen. Bei den Herkunftsländern des afrikanischen Kontinents wurden die Nutzer, soweit die Angaben differenziert vorlagen, in arabischsprachige, französischsprachige und englischsprachige Herkunftsländer eingeordnet. Für die Gruppe der kurdischsprachigen Länder erfolgte die Zuordnung nach kurdischer Sprache nur, wenn diese explizit aufgeführt war. Ansonsten wurden die Nutzer der Türkei oder arabischsprachigen Herkunftsländern zugeordnet. Einige asiatische Herkunftsländer wiesen geringe Nutzerzahlen auf und wurden in eine Gruppe zusammengefasst. Zudem wurde die Gruppe arabischsprachiger Herkunftsländer gebildet. Die Länder der ehemaligen Sowjetunion wurden unter russischsprachigen Herkunftsländern und die Länder des ehemaligen Jugoslawien unter bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachige Herkunftsländer zusammengefasst. Des Weiteren wurden die Gruppen portugiesischsprachiger und spanischsprachiger Herkunftsländer gebildet. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Herkunftsregionen.

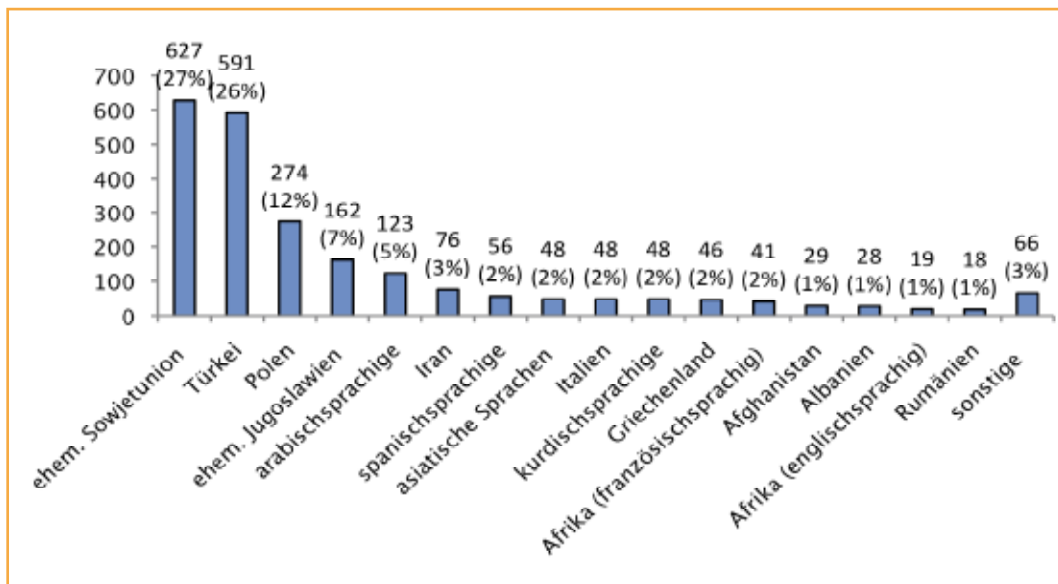
Tabelle 7: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 2300)

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	627	27
Türkei	591	26
Polen	274	12
Bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	162	7
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	123	5
Iran	76	3
Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Dominikanische Republik, Kolumbien, Kuba, Spanien, Venezuela)	56	2
sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	48	2
Italien	48	2
Kurdischsprachige Herkunftsländer (Irak, Iran, Syrien, Türkei)	48	2

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Griechenland	46	2
Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Elfenbeinküste, Senegal, Togo, Ruanda)	41	2
Afghanistan	29	1
Albanien	28	1
Afrika (englischsprachige Herkunftsländer: Gambia, Kenia, Nigeria, Sierra Leone, Uganda)	19	1
Rumänien	18	1
Großbritannien	11	unter 1
Niederlande	11	unter 1
Portugiesischsprachige Herkunftsländer (Angola, Brasilien, Mosambik, Portugal)	11	unter 1
Bulgarien	5	unter 1
Ungarn	4	unter 1
Dänemark	3	unter 1
Tschechien	3	unter 1
USA	3	unter 1
Frankreich	2	unter 1
Israel	2	unter 1
Österreich	2	unter 1
Belgien	1	unter 1
Finnland	1	unter 1
Irland	1	unter 1
Jamaika	1	unter 1
Kanada	1	unter 1
Schweden	1	unter 1
Slowakei	1	unter 1
Trinidad und Tobago	1	unter 1
Zypern	1	unter 1

In Abbildung 12 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen Nutzer aus den Ländern der ehem. Sowjetunion (627, 27 %). Dann folgen Nutzer aus der Türkei (591, 26 %), Nutzer aus Polen (274, 12 %) den Ländern des ehem. Jugoslawien (162, 7 %), arabischsprachige Herkunftsländer (123, 5 %), der Iran (76, 3 %). Der Anteil der Nutzer aus den übrigen Herkunftsländern liegt bei zwei Prozent bzw. darunter.

Abbildung 12: Herkunft der Nutzer (N = 2.300)



Laut der letzten Erhebung kamen im Jahr 2007 529 (10 %) der Nutzer aus Ländern der ehem. Sowjetunion, 518 (9 %) aus der Türkei, 139 (3 %) aus Ländern des ehem. Jugoslawien, 83 (1,4 %) aus arabischsprachigen Herkunftsländern und 56 (1 %) aus kurdischsprachigen Herkunftsländern. Für die restlichen Länder lagen die Anteile der Nutzer unter 1 %.

Zum Teil können die Abweichungen bei den Anteilen durch unterschiedliche Auskünfte bei den beiden Erhebungen erklärt werden: In der Studie 2007 wurden für 72 % (4022) der Nutzer keine Angaben zur Herkunft gemacht, während 2012 für 58 % (1334) der Nutzer mit Migrationshintergrund keine Angaben zur Herkunft vorhanden sind. Einige Einrichtungen gaben an, in Folge der letzten Erhebung ihre Dokumentation verändert zu haben.

Tabelle 8: Vergleich der Anteile von Nutzern mit Migrationshintergrund nach Herkunftsland (N 2012 = 2.300, N 2007 = 4.301)

Herkunftsland	Nutzer 2012 in %	Nutzer 2007 in %
Länder der ehem. Sowjetunion	27	10
Türkei	26	9
Polen	12	1
Länder des ehem. Jugoslawien	7	3
Arabischsprachige Herkunftsländer	5	1
Kurdischsprachige Herkunftsländer	2	1
Keine Zuordnung möglich	nicht erfasst	72

Abbildung 13.1 und 13.2 zeigen die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose. Die Zahlen stimmen nicht mit den oben angegebenen Zahlen überein. In einigen Fällen wurde eine Person mehreren Diagnosen zugeordnet. Die Hauptdiagnose konnte nicht ermittelt werden. In anderen Fällen konnten Personen keiner der vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden. Bei den Nutzern aus den Ländern der ehem. Sowjetunion ist mit 26 % (168) der Anteil bei den F1-Diagnosen am höchsten. Für die Nutzer aus der Türkei ist der Anteil bei den F1-Diagnosen (14 %, 89) und den F2-Diagnosen (15 %, 95) am höchsten. Bei den F3-Diagnosen liegt der Anteil bei 14 % (85). Bei Nutzern aus Polen ist der Anteil bei den F1-Diagnosen mit 35 % (95) am höchsten. Nutzer aus Ländern des ehem. Jugoslawien sind anteilsmäßig bei den F2-Diagnosen (19 %, 30) und den F4-Diagnosen (17 %, 26) am meisten vertreten.

Abbildung 13.1: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N ehem. Sowjetunion = 648; N Türkei = 615; N Polen = 280; N ehem. Jugoslawien = 154; N arabischsprachig = 116)

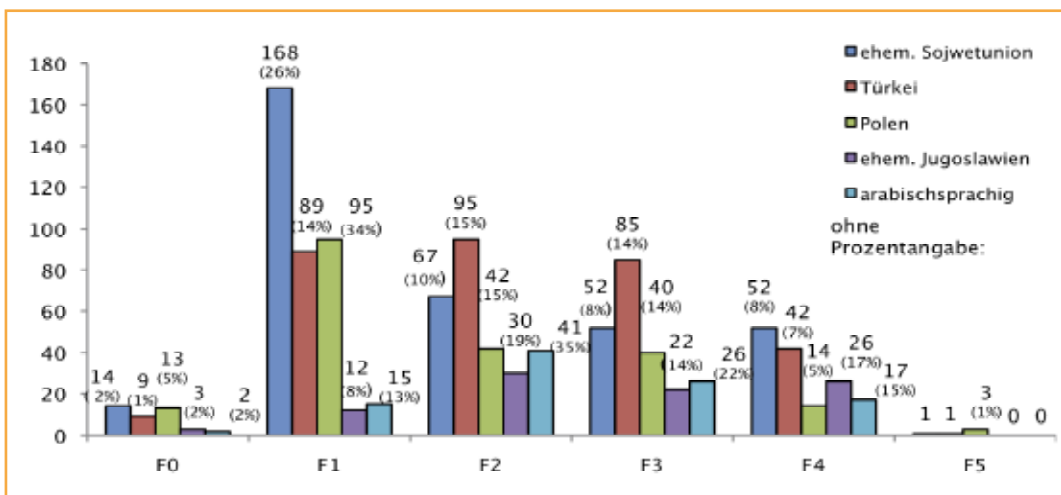
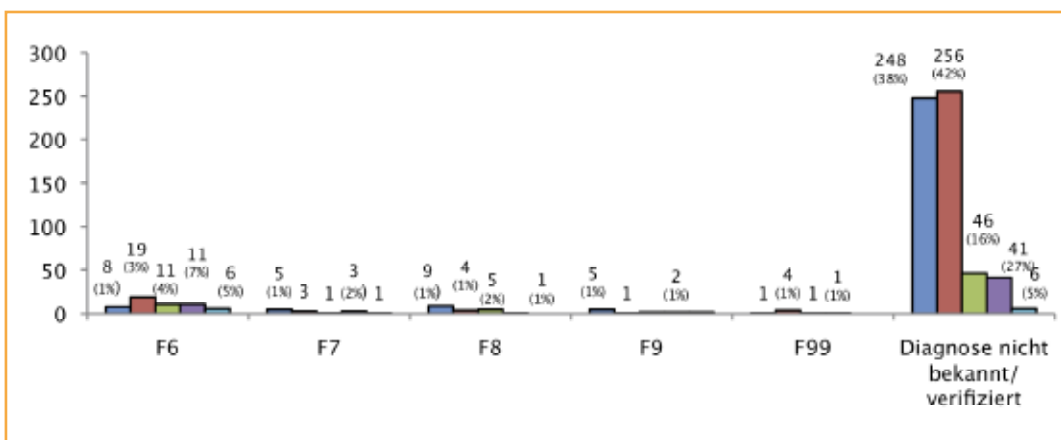


Abbildung 13.2: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N ehem. Sowjetunion = 648; N Türkei = 615; N Polen = 280; N ehem. Jugoslawien = 154; N arabischsprachig = 116)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. 80 (70%) Angebote haben Konzepte/Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. 31 (27%) Angebote gaben an, dass in ihrem Angebot keine Konzepte/Projekte zum Thema *Migration* existieren. Drei Angebote (3 %) haben die Frage nicht beantwortet. Mit einem Mittelwert von 32,13 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (14,43 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 24,15 bei migrationsspezifischen Angeboten). 59 (74 %) der Angebote mit Konzepten/Projekten aus der Liste sind mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt. Bei 47 (59 %) dieser Angebote sind Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen angestellt. 46 (58 %) führen routinemäßig eine Migrationsanamnese durch, und bei 42 (53 %) der Angebote arbeiten Fachkräfte mit Migrationshintergrund.

Tabelle 9: Konzepte/Projekte zum Thema Migration (N = 80, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems, kollegiale Dienste	59	74
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	47	59
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	46	58
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	42	53
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	41	51
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	41	51
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	38	48
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	31	39
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	29	36
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	29	36
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	29	36
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	28	35
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	26	33
Wissens-Transfer	24	30
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	24	30
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	21	26

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	17	21
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	13	16
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	13	16
Anpassung der Stellenprofile	11	14
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	11	14
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	11	14
Präventionsangebote	10	13
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	9	11
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	8	10
Kultursensible Raumeinrichtung	5	6
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	3	4
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	2	3
Sonstige Nennungen		
Niedrigschwellige Beratungsangebote	1	1
Mitarbeiter mit Erfahrung in der Flüchtlingsarbeit	1	1
Vernetzung von Kulturangeboten im Ort	1	1

In der Studie 2007 gaben 46 % (41) der teilnehmenden Angebote an, migrantenspezifische Konzepte und Projekte umzusetzen. Laut der aktuellen Erhebung verfügen 70 % (80) der teilnehmenden Angebote über migrantenspezifische Konzepte und Projekte.

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Sieben Angebote (6 %) gaben an, keinen Zugang zu Migranten zu haben. 62 (58 %) der Angebote, die Zugang zu Migranten angaben, erreichen diese über die Vermittlung durch andere Nutzer. 44 (41 %) der Angebote arbeiten mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen zusammen, 42 (39 %) mit Angehörigen und 37 (35 %) mit Migrationsfachdiensten. 34 (32 %) der Angebote erreichen Migranten über eine telefonische Beratung und 32 (30 %) über aufsuchende Arbeit und Hausbesuche.

Tabelle 10: Zugangswege zu Migranten (N = 107, Mehrfachantworten möglich)

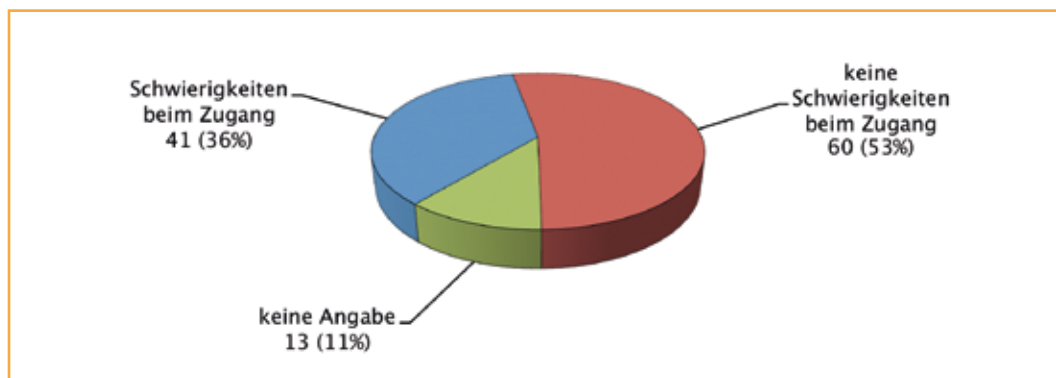
Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Vermittlung durch andere Nutzer, „Mund-zu-Mund-Propaganda“	62	58
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	44	41
Zusammenarbeit mit Angehörigen	42	39

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	37	35
Telefonische Beratung	34	32
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	32	30
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	26	24
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	25	23
Internet	24	22
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	18	17
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	15	14
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	7	7
Gar nicht	7	7
Sonstige Zugangswege		
Vermittlung durch a. Fachdienste (Kliniken, Ärzte, KSD/ASD, Suchthilfe etc.)	16	15
Vermittlung durch a. Institutionen (Haftanstalten, Gerichte, Kostenträger	9	8

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten?

Drei Angebote (3 %) haben keine Angabe gemacht. 101 (89 %) Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beantwortet. 41 (36 %) dieser Angebote gaben an, Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben, 60 (53 %) gaben an, keine Schwierigkeiten damit zu haben.

Abbildung 14: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 114)



D.3.1 Worin bestehen die Schwierigkeiten? (offene Frage)

Tabelle 11: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 47)

Schwierigkeiten beim Zugang	Anzahl	Prozent
Sprachbarriere, fehlender Zugang zu Dolmetschern, Unklarheit bei der Kostenübernahme	34	72
Kulturelle Unterschiede, fehlendes Wissen (z. B. unterschiedliches Verständnis von Familie, Rollenbilder von Mann und Frau, Gesundheits- und Krankheitskonzepte)	10	21
Erreichbarkeit	1	2
Unklarer Aufenthaltsstatus	1	2
Misstrauen von Seiten der Nutzer	1	2

E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Fünf Angebote (4 %) haben die Frage nicht beantwortet. Von den Angeboten, die diese Frage beantwortet haben, stehen 70 (64 %) im Kontakt mit Angehörigen. 68 (62 %) haben Kontakt mit Beratungsstellen und 63 (58 %) mit dem ärztlichen und fachärztlichen Bereich.

Tabelle 12: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 109, Mehrfachantworten möglich)

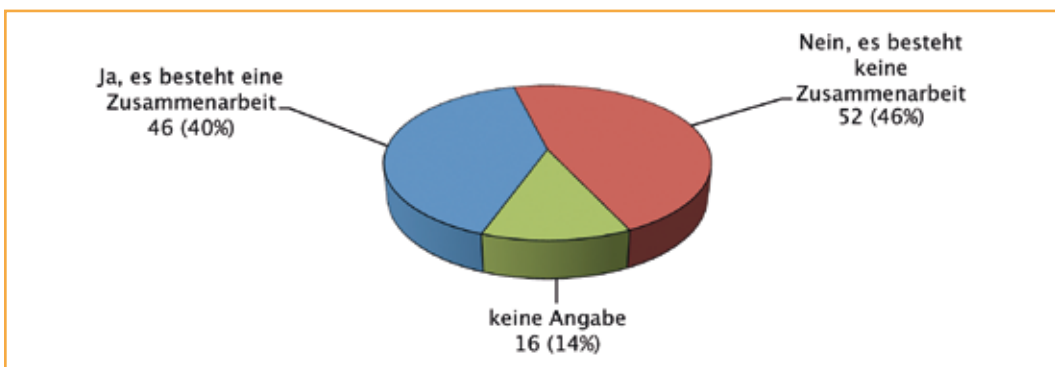
Institution	Anzahl	Prozent
Angehörige	70	64
Beratungsstellen	68	62
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	63	58
Klinischer Bereich	52	48
Migrationsfachdienste	40	37
Dolmetscherdienste	35	32
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	33	30
Selbstorganisationen v. Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	18	17
Keine	12	11
Integrationsbeauftragte	9	8

Sonstige Nennungen	Anzahl	Prozent
Rechtsanwälte	3	3
Betreuer	2	2
Ambulant betreutes Wohnen	1	1
Frauenhäuser	1	1
Betriebe	1	1

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (bspw. i. Form v. Beratung, gemeins. Projekten etc.)?

Diese Frage haben 16 (15 %) Angebote nicht beantwortet. 46 (40 %) der Angebote gaben an, mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten. 52 (46 %) beantworteten die Frage nach einer Zusammenarbeit mit *Nein*.

Abbildung 15: Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (N = 114)



Art der Zusammenarbeit (offene Frage)

Die folgende Tabelle zeigt die Partner der Zusammenarbeit sowie die Form der Zusammenarbeit. 46 Angebote (40 %) haben Angaben zur Zusammenarbeit gemacht. 14 (30 %) der Angebote, welche die Frage nach Zusammenarbeit mit anderen Personen/ Organisationen mit Ja beantwortet haben, gaben eine Kooperation mit Migrationsfachdiensten an. 10 (22 %) arbeiten mit verschiedenen Beratungsstellen zusammen. Fünf (11 %) der Angebote, die diese Frage positiv beantwortet haben, gaben als Form der Zusammenarbeit kollegiale Dienste und Beratung an, drei (7 %) gaben als Form Austausch, Weitervermittlung von Nutzern, Zusammenarbeit mit Arbeitskreisen und Fachgruppen sowie den Aufbau von Netzwerken an.

Tabelle 13: Art der Zusammenarbeit (N = 46, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Migrationsfachdienste	14	30
Beratungsstellen (z.B. Suchtberatung, sozialpsychiatrische Beratungsstellen, Schuldnerberatung)	10	22
Gesetzliche Betreuer	7	15
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	6	13
Angehörige	6	13
Dolmetscher	5	11
Arbeitskreise zum Thema Migration, Migrantenselbstorganisationen	4	9
Ambulant betreutes Wohnen	3	7
Botschaft, öffentlicher Dienst	2	4
Betriebe	1	2
Einrichtungen der Flüchtlingshilfe	1	2
Rechtsanwälte	1	2
Fachgruppe Migration und Psychiatrie	1	2
Angehörige	1	2
Forschungseinrichtungen	1	2
Form der Zusammenarbeit		
Kollegiale Dienste, Beratung	5	11
Austausch	3	7
Weitervermittlung	3	7
Zusammenarbeit mit Arbeitskreisen und Fachgruppen	3	7
Aufbau eines Netzwerkes	3	7
Telefonisch	2	4
Direkt	1	2
Tagungen	1	2
Gemeinsame Projekte	1	2

E.3 Welche Personen/Organisationen sprechen Sie bei Problemstellungen in Bezug auf Nutzer mit Migrationshintergrund an? (offene Frage)

17 (15%) Angebote haben diese Frage nicht beantwortet. Weitere 17 (15%) gaben an, bei Problemen keinen Ansprechpartner zu haben. 80 (70%) Angebote haben diese Frage beantwortet. 49 (61 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, sprechen bei Problemen Migrationsfachdienste an, 20 (25 %) wenden sich an Beratungsstellen und 17 (21 %) an den ärztlichen/fachärztlichen Bereich. Zur Form der Zusammenarbeit gaben 2 Angebote (3 %) Beratung und Supervision an.

Tabelle 14: Ansprechpartner bei Problemen (N = 80, Mehrfachnennungen möglich)

Ansprechpartner bei Problemen	Anzahl	Prozent
Migrationsfachdienste	49	61
Beratungsstellen (sozialpsychiatrische- und Suchtberatungsstellen)	20	25
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	17	21
Behörden (Sozial-, Jugend-, Gesundheits-, Ausländeramt, Polizei, BAMF, Jobcenter, Gerichte, Botschaften)	11	14
Angehörige, Nachbarn	10	13
Gesetzliche Betreuer	10	13
Dolmetscherdienste	6	8
Migrantenselbstorganisationen	6	8
Niedersächsischer Flüchtlingsrat, Netzwerk traumatisierte Flüchtlinge Nds.	4	5
Frauenhäuser	4	5
Kollegen (ggf. mit Migrationshintergrund oder Sprach- und Kulturkenntnissen)	3	4
Rechtsanwälte	3	4
Kostenträger	2	3
Einrichtungen des betreuten Wohnens	2	3
Fachgruppe Migration und Psychiatrie	1	1
Institutionen anderer Versorgungssysteme	1	1
Muttersprachliche Multiplikatoren	1	1
Form der Zusammenarbeit	1	1
Beratung	2	3
Supervision	2	3
Schriftlich	1	1
Telefonisch	1	1
Direkt	1	1
Via Internet	1	1
Fallbesprechung	1	1

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach dem Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. 11 (10%) Angebote haben die Frage nicht beantwortet. 12 (11 %) gaben an, dass kein Verbesserungsbedarf bestehe. Von 91 (80%) Angeboten wurde Verbesserungsbedarf angegeben. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der höchste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 28 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (16 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 22 bei migrationsspezifischen Angeboten, 22 bei der Vernetzung mit Migranten-Communities). Von den 91 Angeboten, die Verbesserungsbedarf angegeben haben, nennen 44 (48 %) einen Ausbau des Wissens-Transfers und sehen einen verstärkten Bedarf nach Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten. 40 Angebote (44 %) halten mehr Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen für nötig und sehen Verbesserungsbedarf bei der Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten. 39 Angebote (43 %) sehen den Bedarf an Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen als noch nicht gedeckt an.

Table 15: Verbesserungsbedarf (N = 91, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	44	48
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	44	48
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	40	44
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	40	44
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	39	43
Migrations- u. kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache	35	38
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	33	36
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	33	36
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	29	32
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	27	30
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	26	29
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	25	27
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	24	26
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	24	26
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde, Job Center)	23	25
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	21	23

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft u. Kultur des Nutzers)	20	22
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	19	21
Präventionsangebote	18	20
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	18	20
Entwicklung einer migrationspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	17	19
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	17	19
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	16	18
Anpassung der Stellenprofile	14	15
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	11	12
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	10	11
Kultursensible Raumeinrichtung	9	10
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	9	10
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	9	10
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	8	9
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	8	9
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	4	4
Sonstige Nennungen		
Erhöhung des Personalschlüssels	2	2
Kommunale Unterstützung für wohnungslose Migranten/ Wohnraumbeschaffung	3	3
Versorgung von Migranten mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus	3	3
Änderung des Aufenthaltsgesetzes (schnellere Klärung des Aufenthaltsstatus, Erlaubnis zu sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung)	1	1
Sprachförderung	2	2
	1	1

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig?

(Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten erneut drei Punkte aus derselben Liste ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. 27 (24%) Angebote haben diese Frage nicht beantwortet. 87 (76%) Angebote haben Angaben zu dringendem Verbesserungsbedarf gemacht. Allerdings wurden von einigen Angeboten mehr als drei Punkte ausgewählt. Dringender Verbesse-

rungsbedarf wird von 26 (30 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, beim Wissens-Transfer gesehen. 20 (23 %) sehen ihn bei Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten sowie bei Migrations- und kultursensibler Beratung/ Therapie. 19 Angebote (22 %) halten eine Erhöhung der Anzahl von Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen für dringend nötig.

Tabelle 16: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 87, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	26	30
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	20	23
Migrations-/ kultursensible Beratung/Therapie, ggf. i. d. Muttersprache d. Nutzers	20	23
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	19	22
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	17	19
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	16	18
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	15	17
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	13	15
Entwicklung migrationspezifischer Dokumentation / Sammlung Papiere u. Literatur	13	15
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	10	11
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	9	10
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	9	10
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	9	10
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	9	10
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	9	10
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	8	9
Präventionsangebote	8	9
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	7	8
Anpassung der Stellenprofile	7	8
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	6	7
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	5	6
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	5	6
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	5	6
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	4	5

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	4	5
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	4	5
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	4	5
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	4	5
Kultursensible Raumeinrichtung	2	2
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	2	2
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung v. Nahrungsvorschriften z. B. halal)	1	1
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten stationär)	0	0

G. Effekte aus der Arbeit mit Migranten

G.1 Welche Effekte hat die Arbeit mit Migranten auf andere Arbeitsbereiche und die Gestaltung Ihres Angebots? (offene Frage)

63 (55%) Angebote haben die Frage nach Effekten der Arbeit mit Migranten auf andere Arbeitsbereiche und die Gestaltung des Angebots beantwortet. 51 (45%) Angebote haben diese Frage nicht beantwortet. 25 (40 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, stellen keine besonderen Effekte der Arbeit mit Migranten auf andere Arbeitsbereiche und die Gestaltung ihres Angebotes fest. 11 Angebote (17 %) geben als Effekte eine erhöhte Kultursensibilität und größere Offenheit für migrationsspezifische Themen an. Acht (13 %) meinen, dass die Arbeit mit Migranten innerhalb ihrer Einrichtung ein höheres Maß an Toleranz und Akzeptanz für kulturelle Unterschiede schaffe. Weitere Effekte werden bei der Gestaltung des Angebots, dem Umgang mit den Nutzern, der Schulung sowie in der Auswahl der Mitarbeiter und der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen gesehen. Bestehende Angebote wurden, z. B. in Bezug auf religiöse Nahrungsvorschriften, kultursensibel gestaltet, oder es wurden entsprechende neue Angebote geschaffen. Im Umgang mit den Nutzern wurde angegeben, dass auf eine leicht verständliche Sprache geachtet werde. Gleichzeitig könnten durch Sprachbarrieren Missverständnisse auftreten. Die Nutzer würden gegenseitig voneinander lernen. Die Arbeit mit Migranten nehme mehr Zeit in Anspruch, die an anderen Stellen abgezweigt werden müsse. In Bezug auf die Mitarbeiter stieg die Wertschätzung von Sprach- und Kulturkenntnissen sowie *interkultureller Kompetenz*. Das führte zu Fortbildungen zum Thema Interkultureller Kompetenz und der Beachtung des Migrationshintergrunds sowie von Sprach- und Kulturkenntnissen bei der Einstellung neuer Mitarbeiter. Von einem Angebot wurde angegeben, dass es Schwierigkeiten in der Supervision gegeben habe. Zudem hatte die Arbeit mit Migranten den Effekt, dass themenspezifisch verstärkt mit anderen Einrichtungen, Abteilungen und Kollegen zusammengearbeitet wurde.

Tabelle 17: Effekte der Arbeit mit Migranten (N = 63, Mehrfachantworten möglich)

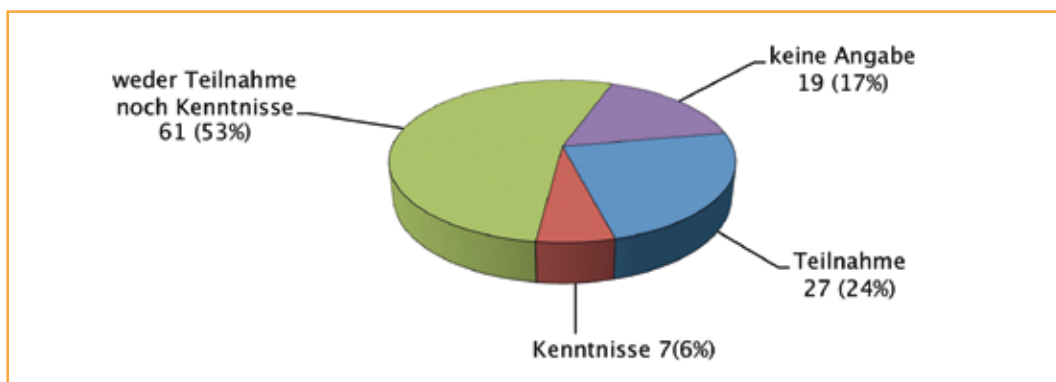
H. Effekte der Studie aus dem Jahr 2007

Effekte der Arbeit mit Migranten	Anzahl	Prozent
Keine Effekte	25	40
Erhöhte Kultursensibilität und Offenheit für migrationsspezifische Themen	11	17
Toleranz, Akzeptanz kultureller Unterschiede	8	13
Fort- und Weiterbildungen mit Bezug zum Thema Migration/ Interkulturelle Kompetenz	5	8
Beachtung kultureller Unterschiede/Vorschriften bei der Gestaltung der Versorgung	4	6
Einrichtung spezieller Gruppenangebote	3	5
Bereicherung der gesamten Arbeit, auch f. Nutzer ohne Migrationshintergrund	3	5
Aufgrund des Zeitaufwandes, Zeitmangel an anderen Stellen	3	5
Verstärkte Einstellung von Fachkräften mit Migrationshintergrund, Sprach- und Kulturkenntnissen	2	3
Verstärkte Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	2	3
Erhöhung der Einzelgesprächsfrequenz	2	3
Erweiterung des Angebots (allgemein)	2	3
Netzwerkbildung mit Schwerpunkt Migration/Integration	2	3
Verstärkter Einsatz von Fachkräften mit Migrationshintergrund	1	2
Ausbau der nonverbalen Therapieformen	1	2
Kollegiale Zusammenarbeit	1	2
Verstärkte Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuern und Angehörigen	1	2
Verstärkte Zusammenarbeit mit Ausbildungsinstituten für Psychiater und Psychotherapeuten	1	2
Entwicklung einer Spezialsprechstunde für Migranten	1	2
Erstellung von Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen	1	2
Überdenken der verwendeten Sprache, Wortwahl	1	2
Schwierigkeiten in der Supervision	1	2
Erweiterung der Fremdsprachenkenntnisse	1	2
Zugang zu weiteren Nutzern mit Migrationshintergrund	1	2
Missverständnisse aufgrund fehlender Sprachkenntnisse	1	2

H.1 Haben Sie im Jahr 2007 an der Erhebung teilgenommen oder kennen Sie die Ergebnisse der Studie?

Bei der Frage nach der Teilnahme bzw. den Kenntnissen der Studie 2007 gaben 27 (24 %) der Angebote an, an der Studie 2007 teilgenommen zu haben, sieben (6 %) kannten die Ergebnisse der Studie und 61 (53 %) haben weder an der Studie teilgenommen, noch kannten sie ihre Ergebnisse. 19 (17 %) der Angebote haben keine Angabe zu dieser Frage gemacht. Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem Wissen über die Teilnahme an der Studie 2007 und der tatsächlichen Anzahl der Teilnehmer. Es haben mehr Angebote an beiden Studien teilgenommen, als in der aktuellen Erhebung angegeben wurde.

Abbildung 16: Kenntniss der Studie 2007 (N = 114)

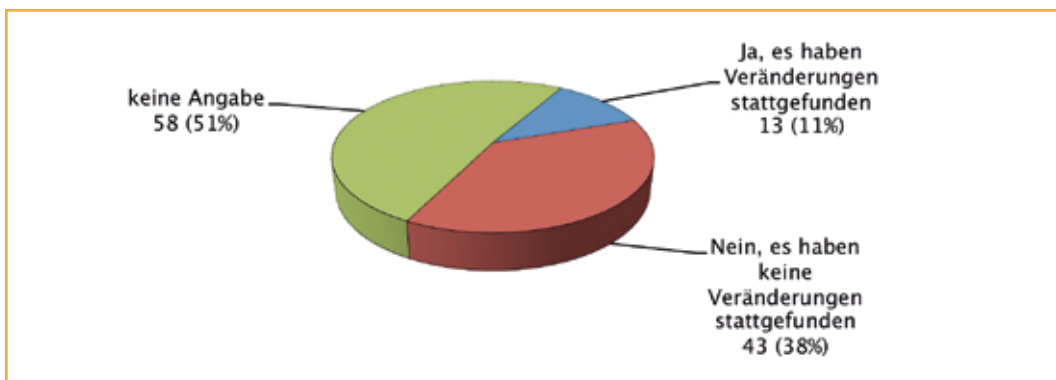


H.2 Haben innerhalb Ihres Angebots nach der Erhebung im Jahr 2007 Veränderungen/Entwicklungen in der Arbeit mit Migranten stattgefunden?

Von den 95 (83 %) Angeboten, die Aussagen über ihre Teilnahme und Kenntnis der Studie 2007 gemacht haben, haben 56 (49 %) die Frage nach Veränderungen in Folge der Studie beantwortet.

Abbildung 17: Veränderungen nach der Studie 2007 (N=114)

H.3 Um welche Art von Veränderungen/Entwicklungen handelt es sich? (offene Frage)



13 (11 %) Angebote haben die Art von Veränderungen/Entwicklungen nach der Studie 2007 näher erläutert. Von diesen 13 Angeboten geben acht (50 %) die verstärkte Einstellung von Fachkräften mit Migrationshintergrund, Sprach- und Kulturkenntnissen nach der Studie 2007 an. Sechs (38 %) haben ihr Angebot in Bezug auf das Thema Migration erweitert und bieten z. B. Selbsthilfegruppen für Migranten an. Fünf (31 %) haben nach der Studie 2007 Fortbildungen zum Thema *Interkulturelle Kompetenz* durchgeführt oder diese angeboten.

Tabelle 18: Art der Veränderungen (N = 16, Mehrfachantworten möglich)

H.4 Wie bewerten Sie die Auswirkungen der unter H.3 genannten Veränderungen/

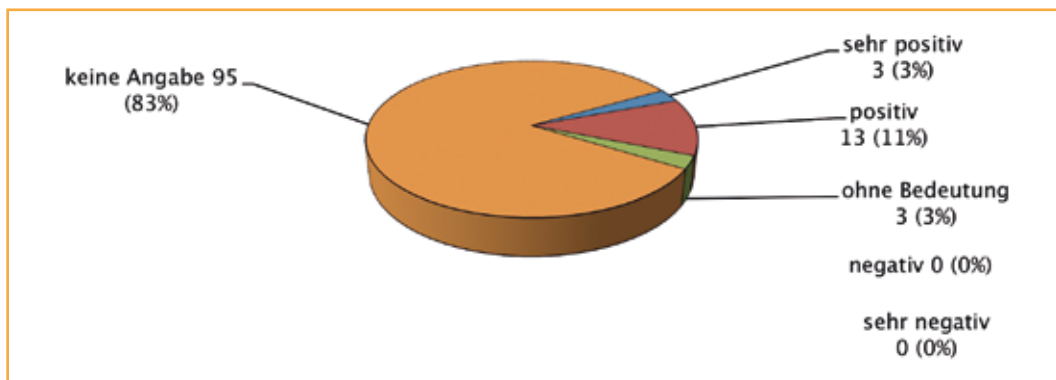
Effekte der Arbeit mit Migranten	Anzahl	Prozent
Verstärkte Einstellung von Fachkräften mit Migrationshintergrund, Sprach- und Kulturkenntnissen	8	50
Erweiterung des Angebots (spezifische Angebote, Selbsthilfegruppen etc.)	6	38
Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz	5	31
Informationsmaterial und -veranstaltungen in verschiedenen Sprachen	3	19
Migrationsspezifische Dokumentation	2	13
Stärkere Berücksichtigung von Nutzern mit Migrationshintergrund	2	13
Erhöhte Kultursensibilität	2	13
Teilnahme an der Fachgruppe <i>Migration und Psychiatrie</i>	1	6
Erfassung des Migrationshintergrunds	1	6
Durchführung von Informationsveranstaltung mit und für Migranten	1	6
Einrichtung einer Arbeitsgruppe	1	6
Vernetzung mit Fachärzten	1	6
Zusammenarbeit mit Mediatoren und Angehörigen	1	6
Vernetzung mit anderen Angeboten	1	6
Verstärkter Einsatz von Dolmetschern	1	6

Entwicklungen auf Ihr Angebot?

19 (17 %) Angebote haben die Frage nach der Bewertung von Veränderungen/ Entwicklungen auf ihr Angebot beantwortet.

Abbildung 18: Bewertung der Veränderungen (N = 114)

12 Angebote (11 %) haben ihre Bewertung näher erläutert. Von diesen 12 Angeboten gaben vier



(33 %) an, dass eine erfolgreichere Berücksichtigung der Bedürfnisse der Nutzer mit Migrationshintergrund und somit eine Verbesserung der Versorgung eingetreten sei. Drei (25 %) gaben an, dass Angebote erweitert worden seien, eine stärkere Vernetzung und erhöhte Kultursensibilität herrschen.

Tabelle 19: Bewertung der Veränderungen (N = 12, Mehrfachantworten möglich, offene Frage)

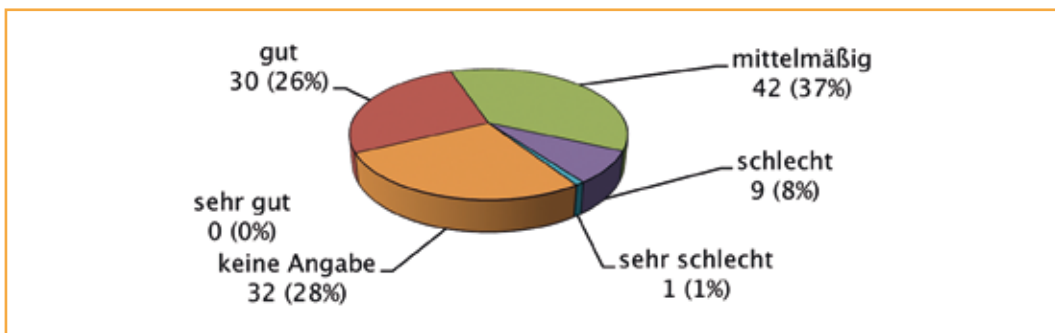
I. Perspektiven für die sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten

Art der Veränderung	Anzahl	Prozent
Die Bedürfnisse der Nutzer mit Migrationshintergrund werden erfolgreicher berücksichtigt und so deren Versorgung verbessert.	4	33
Erweiterung des Angebots ist erfolgt.	3	25
Ausbau der Vernetzung ist erfolgt.	3	25
Kultursensibilität ist erhöht.	3	25
Das Angebot wird effektiver in Anspruch genommen.	1	8
Eine Erweiterung des Angebots ist notwendig.	1	8
Die Vernetzung sollte ausgebaut werden.	1	8
Fachkräfte mit Migrationshintergrund, Sprach- und Kulturkenntnissen werden verstärkt eingestellt.	1	8
Es wird spezifisch dokumentiert.	1	8
Fortbildungen zum Thema <i>Migration</i> werden ausgebaut.	1	8

I.1 Wie beurteilen Sie die sozialpsychiatrische Versorgungslage von Migranten in der Region Hannover aus Ihrer Perspektive?

82 (72 %) Angebote haben diese Frage beantwortet, von 32 (28 %) Angeboten wurden keine Angaben gemacht.

Abbildung 19: Beurteilung der Versorgungslage von Migranten (N = 114)



76 (67 %) Angebote haben ihre Beurteilung begründet. 19 (17%) Angebote gaben an, dass sie keine qualifizierte Beurteilung geben könnten, da sie zu wenige Erfahrungen in der Arbeit mit Migranten hätten. In der folgenden Tabelle sind die genannten Begründungen zusammengefasst:

Tabelle 20: Begründung für die Beurteilung der Versorgungslage (N = 76, offene Frage)

Positive Auswirkungen	Verbesserungspotenzial
<p>Bewusstsein für das Thema Migration bzw. die Arbeit mit Migranten ist entstanden.</p> <p>Bemühungen werden wahrgenommen, Thema ist präsenter geworden.</p> <p>Gute Netzwerkarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund.</p> <p>Nutzer können angemessen, individuell betreut werden.</p> <p>Öffnung der Regeldienste ist fortgeschritten.</p> <p>Gute Öffentlichkeitsarbeit.</p> <p>Es findet eine Gleichstellung statt.</p> <p>Es besteht eine Vielzahl an Angeboten für Migranten.</p> <p>Für die Reintegration forensischer Patienten mit Migrationshintergrund existieren gute Angebote z. B. in flankierenden Einrichtungen.</p>	<p>Kultursensible oder/und muttersprachliche Angebote sollten ausgebaut werden – bisher lange Wartezeiten für Migranten.</p> <p>Kultursensible Angebote sind nicht für alle Migrantengruppen gleichermaßen vorhanden.</p> <p>Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Erkrankung sind kaum verbreitet.</p> <p>Personalmangel, Fachkräfte mit Migrationshintergrund, Sprach- und Kulturkenntnissen sollten verstärkt eingestellt werden.</p> <p>Geringe Inanspruchnahme durch Migranten, Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten.</p> <p>Kostenfrage bei Dolmetschereinsätzen ist unklar.</p> <p>Es besteht ein deutliches Stadt-Land-Gefälle bei der Angebotsstruktur.</p>

Positive Auswirkungen	Verbesserungspotenzial
	<p>Ausbau von Integration und Sprachförderung</p> <p>Transparenz und Kooperation im Hilfenetz sind ausbaufähig.</p> <p>Wenig Kontakt zu Migrantenselbstorganisationen.</p>

I.2 Welche Vorschläge haben Sie für Verbesserungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten?

52 (46 %) Angebote haben die Frage nach Verbesserungsvorschlägen beantwortet. Die Antworten wurden thematisch geordnet, zusammengefasst und in vier Bereiche unterteilt. Diese sind: Anregungen im Bereich Personal, institutionelle Anregungen, Anregungen bezogen auf rechtliche Regelungen, Anregungen in Verbindung zur Angebotsstruktur. Im Bereich Personal finden sich Verbesserungsvorschläge zur Gestaltung der Mitarbeiterstruktur. Unter institutionellen Anregungen werden Verbesserungsvorschläge zusammengefasst, die sich auf Konzepte und Organisation des Angebots beziehen. Außerdem wurden Verbesserungsvorschläge gemacht, die sich auf Änderungen der Gesetzeslage bzw. der Umsetzung bestehender Regelungen beziehen. Unter Anregungen für die Angebotsstruktur werden Vorschläge mit Bezug zur konkreten Gestaltung der Arbeit im Angebot zusammengefasst.

Tabelle 21: Verbesserungsvorschläge (N = 52)

Anregungen im Bereich Personal
<ul style="list-style-type: none"> • Fachpersonal mit Sprach- und Kulturkenntnissen, das kostenneutral von der jeweiligen Institution angefordert werden kann. • Aufstockung der Kapazitäten, speziell geschultes Personal. • Mehr therapeutische Fachkräfte mit Migrationshintergrund im Suchtbereich. • Ausbildung von qualifiziertem Personal mit Sprach- und kulturellem Hintergrund. • Ausnutzen vorhandener Kompetenzen, z. B. Einsatz von Asylbewerbern und sozialpsychiatrischer Fachkenntnisse bei Integrationslotsen. • Multilinguale Pflegekräfte.
Institutionelle Anregungen
<ul style="list-style-type: none"> • Ziele und Maßnahmen für die Versorgung und Integration von Migranten sollten festgeschrieben werden (Aktionsplan mit konkreten Zielen, z. B. Einstellung von Mitarbeitern, Aufbau von Angeboten etc.). • Es sollte eine dauerhafte (institutionalisierte) Angebotsstruktur für die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes aufgebaut werden (z. B. wie die Pflegestützpunkte) mit Beratungen rund um das Thema Migration für Betroffene, Angehörige und Professionelle, Sozialarbeiter, die in Familien gehen, Vermittlung von Dolmetschern, Fort- und Weiterbildungen zu ausgewählten Themen.

Institutionelle Anregungen

- Informationsveranstaltungen zu spezifischen Themen, muttersprachlich unterstützt, von den jeweiligen Kulturgruppen mit Personen/Fachleuten und entsprechenden Fachleuten gemeinsam durchgeführt.
- Bessere Erreichbarkeit des Ethno-Medizinischen Zentrums – speziell für Behandlungspartner aus ambulanter Pflege und Ärzte.
- Gut zugängliche und kurzfristige Einbeziehung von Dolmetschern.
- Mehr Vernetzung von sozialpsychiatrischen Angeboten mit arbeitsfördernden und kontaktfördernden Institutionen, die Projekte zum Thema Migration haben.
- Vernetzung mit bestehenden Einrichtungen, Austausch und Weiterempfehlungen.
- Vernetzung arbeitstherapeutischer und ergotherapeutischer Angebote.
- Informationsveranstaltungen und Tagungen zum Thema.
- Deklaration eines jährlichen Tages der Migrantengesundheit mit vernetzenden Angeboten aus Migrantenorganisationen, deutschen Organisationen und sozialpsychiatrischen Angeboten.
- Administrative Abläufe sind sehr zeitintensiv.
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit.
- Ausbau und Gründung von Netzwerken.
- Übersicht über Anlaufstellen für Migranten – z. B. Datenbank über Kliniken, Therapeuten, Beratungsstellen.

Anregungen bezogen auf rechtliche Regelungen

- Fahrtkostenübernahme für Migranten/Angehörige/Therapeuten, um die vorhandenen Angebote in Hannover nutzen zu können.
- Migrationsberatung auch nach der Erstberatung.
- Ein niedrighschwelliger Zugang für psychisch kranke Migranten zu deutschen Sprachkursen.
- Erweiterung der Sprach- und Alltagskompetenz der Migranten.
- Kostenübernahme von Dolmetschern – klare Regelungen diesbezüglich, auch für hochfrequente Therapien und bei unklarem Aufenthaltsstatus.
- Kostenübernahme von Dolmetschereinsätzen durch Krankenkassen.
- Zugang zum Versorgungssystem und zu weiterführenden Angeboten auch für Patienten mit unklarem Aufenthaltsstatus.
- Anerkennung der Berufsabschlüsse aus dem Heimatland, um zum einen die Menschen mit ihren Qualifikationen wertzuschätzen und zum anderen psychischen Erkrankungen vorzubeugen.
- Erlaubnis sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung.
- Kommunale und politische Unterstützung von Wohnraumbeschaffung für Migranten in einem angemessenen Zeitfenster.

Anregungen bezogen auf die Angebotsstruktur

- Erweiterung der Angebote für Migranten, Förderung bestehender Projekte, speziell in der Suchtbehandlung.
- Mehr Präventionsangebote für Patienten mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen, Psychoedukation in der Muttersprache (migrantenspezifische Aufklärung nach Vorbild von ISH).
- Aufklärung über psychische Krankheiten und Therapieformen gerade auch außerhalb der Familien.
- Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen.
- Mehr Angehörigenarbeit und Information.
- Einrichtungsbesuchsdienste, z. B. Kontaktaufnahme mit der Bewohnervertretung.
- Literaturservice, z. B. Bücherbus mit mehrsprachigem Leihangebot (Fachliteratur, Aufklärungsschriften, Patienten-Informationen, Belletristik etc.).
- Hilfestellung für die Gründung und Weiterentwicklung von Selbsthilfegruppen für Migranten.
- Kultursensible Versorgung in stationären Einrichtungen.
- Mehrsprachige Heim-/Pflegeverträge.
- Stationäre/teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten, traumaspezifische Angebote verbessern.
- Ausbau der psychiatrischen Akut-Versorgung.

Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien der Einrichtungen des Sozialpsychiatrischen Verbundes näher betrachtet.

3.2 Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration

Innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes gibt es fünf Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration. Drei (60 %) dieser Angebote haben an der Erhebung teilgenommen.

Tabelle 22: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich Schwerpunkt Migration

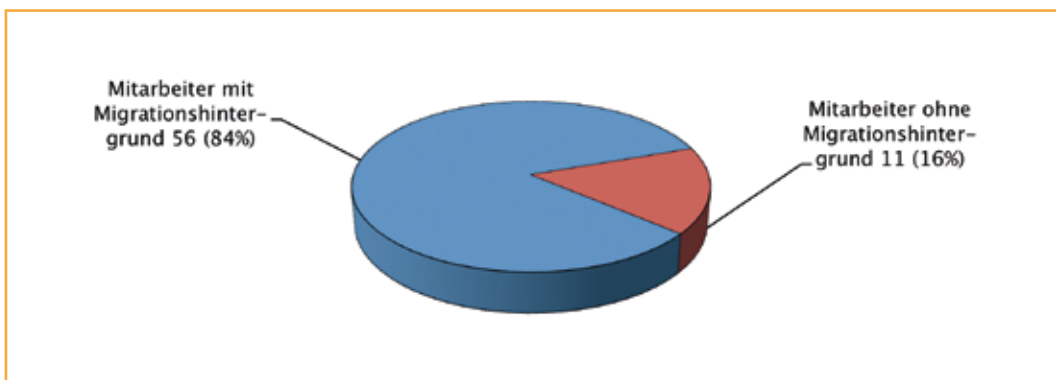
Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration	
1	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
2	Institut für transkulturelle Betreuung e.V.
3	Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung e.V.

B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

In den Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration arbeiten 67 Mitarbeiter, für 56 davon wurde ein Migrationshintergrund angegeben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund machen damit einen Anteil von 84 % aller Mitarbeiter der Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration aus. Werden die Einrichtungen, die in der aktuellen Erhebung nicht teilgenommen haben, rausgerechnet, betrug der Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund 2007 94 %.

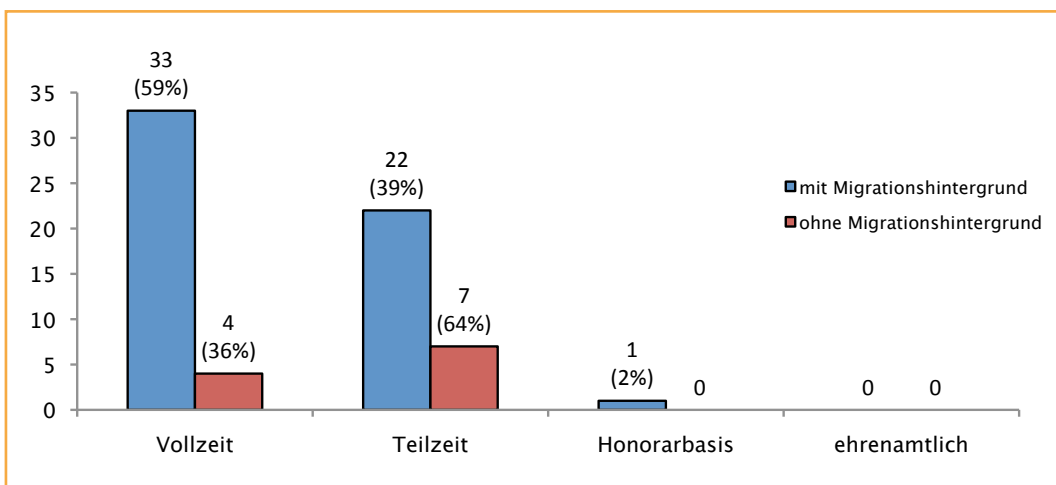
Abbildung 20: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 67)



B.2 Mitarbeiter: Herkunft, Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang

Von den 56 Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeiten 33 (59 %) Vollzeit, 22 (39 %) Teilzeit und einer (2 %) auf Honorarbasis. Von den sieben Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten vier (36 %) Vollzeit und sieben (64 %) Teilzeit.

Abbildung 21: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 56; N ohne Migrationshintergrund = 7)



Sprachkenntnisse

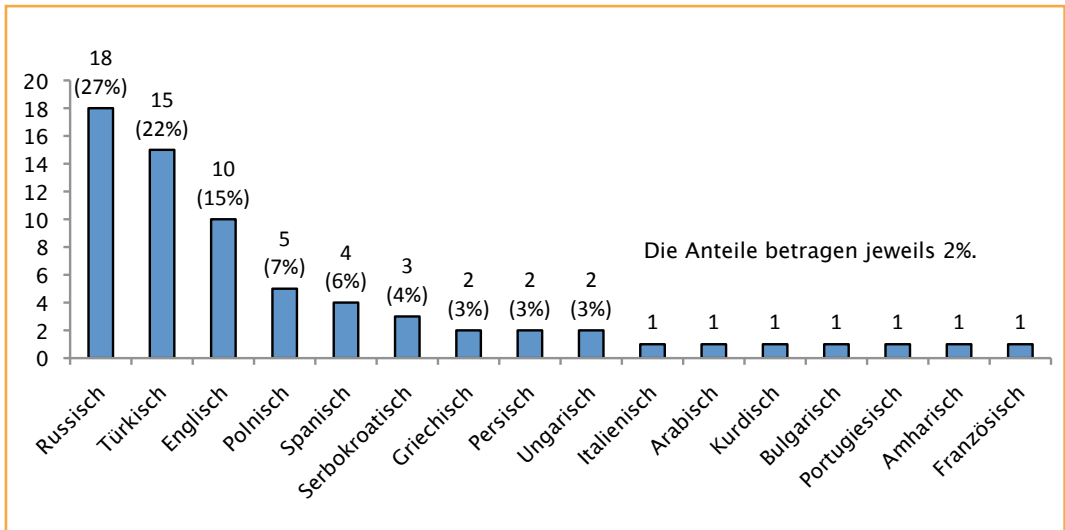
Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Insgesamt wurden Kenntnisse in 16 Sprachen angegeben.

Tabelle 23: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 67); Mehrfachantworten waren möglich

Sprachkenntnisse	Anzahl	Prozent
Russisch	18	27
Türkisch	15	22
Englisch	10	15
Polnisch	5	7
Spanisch	4	6
Serbokroatisch	3	4
Griechisch	2	3
Persisch	2	3
Ungarisch	2	3
Italienisch	1	1
Arabisch	1	2
Kurdisch	1	2
Bulgarisch	1	2
Portugiesisch	1	2
Amharisch	1	2
Französisch	1	2

Abbildung 22 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 18 (27 %) der Mitarbeiter sprechen Russisch. Nach Russisch folgen Türkisch (15, 22 %), Englisch (10, 15 %), Polnisch (5, 7 %), Spanisch (4, 6 %), Serbokroatisch (3, 4 %), Griechisch (2, 3 %), Persisch (2, 3 %) und Ungarisch (2, 3 %). Die weiteren Sprachen werden jeweils von 2 % der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Verbundes gesprochen.

Abbildung 22: Sprachkenntnisse (N = 67)

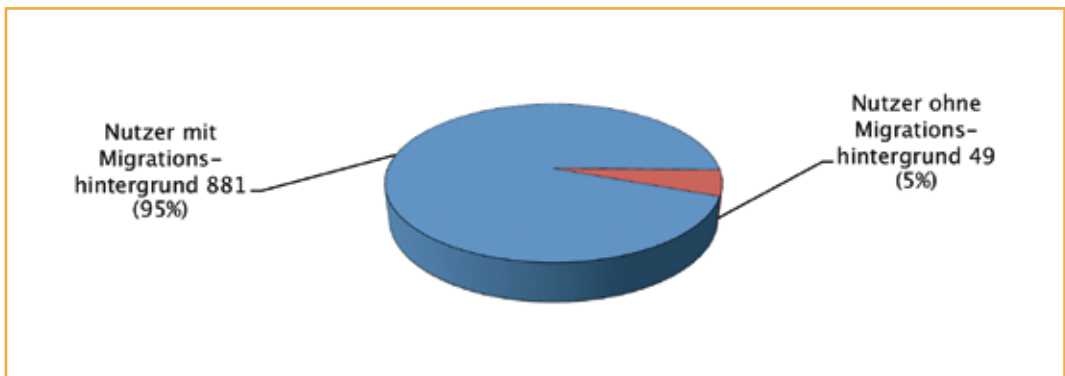


C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Die Einrichtungen mit Migrationshintergrund haben insgesamt 930 Nutzer angegeben. Davon haben 881 (95 %) einen Migrationshintergrund. Werden die Einrichtungen, die in der aktuellen Erhebung nicht teilgenommen haben, rausgerechnet, betrug der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund 2007 98%.

Abbildung 23: Nutzer (N = 930)



C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Zu dem Großteil der Nutzer lagen keine Angaben zu Diagnosen vor. Für 171 (18%) Nutzer wurden Angaben zu Diagnosen gemacht. Für 55 (32 %) dieser Nutzer wurde eine F2-Diagnose angegeben (39 (32 %) der Nutzer mit Migrationshintergrund, 16 (33 %) der Nutzer ohne Migrationshintergrund). Für 23 % (28) der Nutzer mit Migrationshintergrund wurde eine F1-Diagnose angegeben. Für 12 % (15) der Nutzer mit Migrationshintergrund wurde eine F7-Diagnose angegeben und für 7 % (8) dieser Nutzer eine F8-Diagnose.

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 24.1 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 24.2 bezieht sich auf die Verteilung auf die Diagnosen F5, F7, F8, F9, und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 24.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

Abbildung 24.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 122; N ohne Migrationshintergrund = 49; N gesamt = 171)

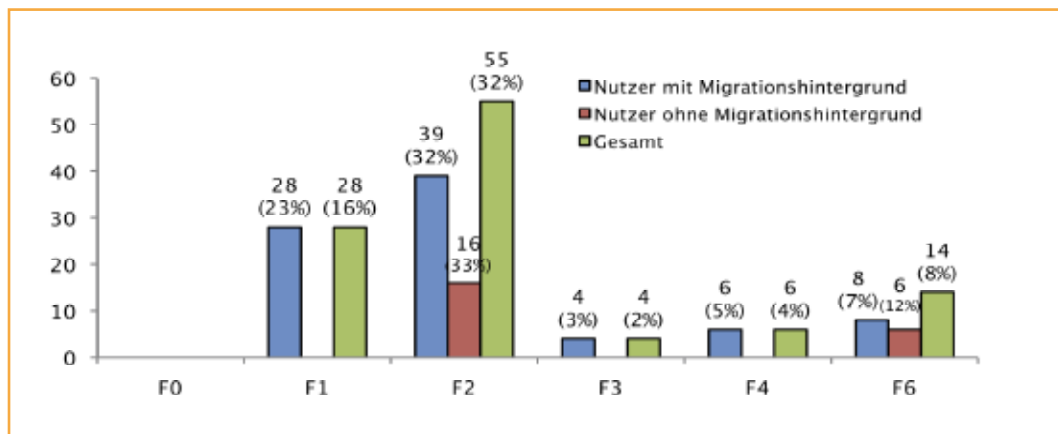
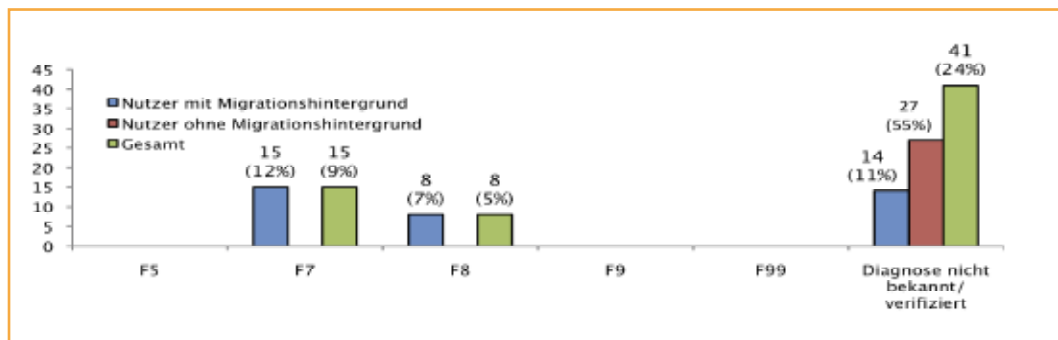


Abbildung 24.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 122; N ohne Migrationshintergrund = 49; N gesamt = 171)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

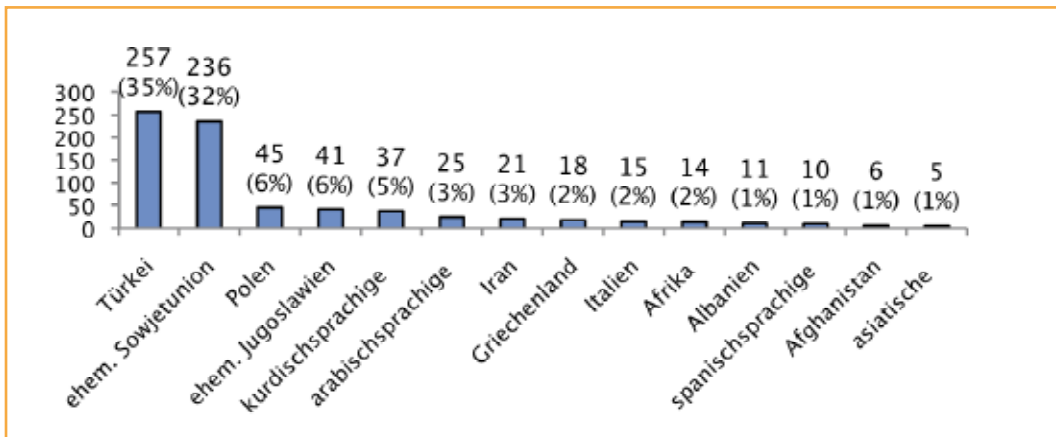
Zwei Angebote haben Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 741 Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorlagen. Für die Nutzer aus afrikanischen Herkunftsländern war nur *Afrika* angegeben. Sie sind deshalb alle unter *Französischsprachige afrikanische Herkunftsländer* zusammengefasst.

Tabelle 24: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 741)

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Türkei	257	35
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	236	32
Polen	45	6
Bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	41	6
Kurdischsprachige Herkunftsländer (Irak, Iran, Syrien, Türkei)	37	5
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	25	3
Iran	21	3
Griechenland	18	2
Italien	15	2
Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Elfenbeinküste, Senegal, Togo, Ruanda)	14	2
Albanien	11	1
Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Dominikanische Republik, Kolumbien, Kuba, Spanien, Venezuela)	10	1
Afghanistan	6	1
Sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	5	1

In Abbildung 25 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen Nutzer aus der Türkei (257, 35 %). Die Anzahl der Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der ehem. UDSSR liegt bei 236 (32 %). Dann folgen Nutzer aus Polen (45, 6 %), den Ländern des ehem. Jugoslawien (41, 6 %), aus kurdischsprachigen Herkunftsländern (37, 5 %), arabischsprachigen Herkunftsländern (25, 3 %), dem Iran (21, 3 %), Griechenland (18, 2 %), Italien (15, 2 %), Afrika (14, 2 %), Albanien (11, 1 %), spanischsprachigen Herkunftsländern (10, 1 %), Afghanistan (6, 1 %) und Herkunftsländern mit sonstigen asiatischen Sprachen (5, 1 %).

Abbildung: 25 Herkunft der Nutzer (N = 741)



Zur Verteilung auf die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der Weltgesundheitsorganisation in Verbindung mit der Herkunft der Nutzer lagen nur wenig aussagekräftige Datenangaben vor.

D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle drei Angebote haben Konzepte/Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. Mit einem Mittelwert von 2,5 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (2,29 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 1,85 bei migrationsspezifischen Angeboten). Der Großteil der abgefragten Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration wurde von allen drei Angeboten angegeben.

Tabelle 25: Konzepte/Projekte zum Thema Migration (N = 3, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	3	100
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	3	100
Anpassung der Stellenprofile	3	100
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	3	100
Kultursensible Raumeinrichtung	3	100
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	3	100
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	3	100
Migrations- und kultursensible Beratung/ Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	3	100
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	3	100
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	3	100
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	100
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	3	100
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	3	100
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	3	100
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	3	100
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	67
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	2	67
Wissens-Transfer	2	67
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	2	67
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. Herkunft und Kultur des Nutzers)	2	67
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	2	67
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	2	67
Präventionsangebote	2	67
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	2	67
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	2	67

Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	33
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	33
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	1	33

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 26: Zugangswege zu Migranten (N = 3, Mehrfachantworten möglich)

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	3	100
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	3	100
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	3	100
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	3	100
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	3	100
Internet	3	100
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	3	100
Vermittlung durch andere Nutzer	2	67
Zusammenarbeit mit Angehörigen	2	67
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	2	67
Telefonische Beratung	2	67
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	2	67

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten?

Alle drei Angebote mit Schwerpunkt Migration gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben.

E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Alle drei Angebote mit Schwerpunkt Migration haben die Frage beantwortet.

Tabelle 27: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 3, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	3	100
Integrationsbeauftragte	3	100
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	3	100
Dolmetscherdienste	3	100
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	3	100
Klinischer Bereich	3	100
Beratungsstellen	3	100
Angehörige	2	67
Migrationsfachdienste	2	67

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Die drei Angebote mit Schwerpunkt Migration gaben an, mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenzuarbeiten. Zur Form der Zusammenarbeit wurden gemeinsame Projekte, Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Netzwerkarbeit angegeben.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle drei Angebote haben die Frage beantwortet. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der höchste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 3 wurden in dem Bereich *Vernetzung mit Migranten-Communities* die meisten Kategorien angekreuzt (2,17 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 2,17 bei migrationsspezifischen Angeboten, 2,13 bei kultur- und migrationssensible Mitarbeiter).

Tabelle 28: Verbesserungsbedarf (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	3	100
Anpassung der Stellenprofile	3	100
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	3	100
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	3	100
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	3	100
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	3	100
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	3	100
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppen- angebote	3	100
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrations- hintergrund	3	100
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	3	100
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	3	100
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	3	100
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	3	100
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	3	100
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	3	100
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	3	100
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	100
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	3	100
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	3	100
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	2	67
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	2	67
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungs- systems	2	67
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	67

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	1	33
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	33
Kultursensible Raumeinrichtung	1	33
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	1	33
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	1	33
Präventionsangebote	1	33
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	33
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	1	33
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	1	33

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten erneut drei Punkte aus derselben Liste ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. Alle drei Angebote haben diese Frage beantwortet. Allerdings wurden von einigen Angeboten mehr als drei Punkte ausgewählt.

Tabelle 29: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 9, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Anpassung der Stellenprofile	2	67
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	2	67
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	2	67
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	2	67
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	2	67
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	1	33
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	33
Wissens-Transfer	1	33
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	1	33

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	33
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	1	33
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	1	33
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	1	33
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	33
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	1	33
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	33
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	1	33
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	1	33
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	33
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	33
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	1	33
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	1	33
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	1	33
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	1	33
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	1	33

3.3 Sozialpsychiatrische Beratungsstellen

Von 13 Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Verbund haben 12 (92 %) Beratungsstellen an der Erhebung teilgenommen.

Tabelle 30: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich Sozialpsychiatrische Beratungsstellen

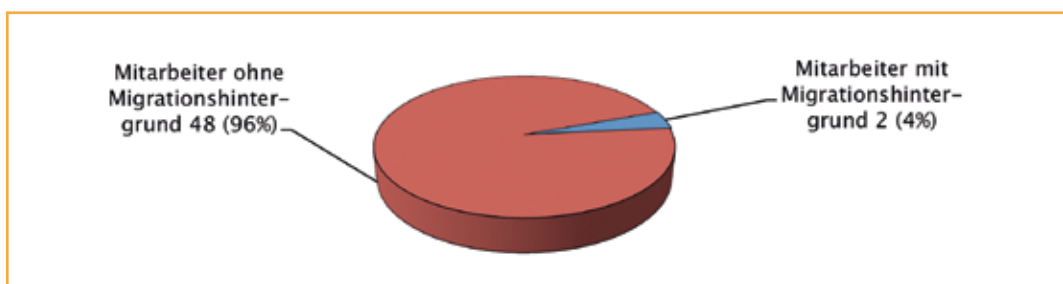
Sozialpsychiatrische Beratungsstellen	
1	Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Sozialpsychiatrischer Dienst in der Poliklinik
2	Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover, Weinstraße
3	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Freytagstraße
4	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Straße
5	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Deisterstraße
6	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Königstraße
7	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg/Empelde
8	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Burgdorf
9	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Neustadt
10	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzen
11	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche Podbielskistraße
12	Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen

B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

Von den 12 Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes haben drei die Frage nach der Gesamtanzahl der Mitarbeiter nicht beantwortet. Von den übrigen neun Beratungsstellen wurde eine Gesamtzahl von 55 Mitarbeitern angegeben. Zwei Angebote haben keine Angaben zum Hintergrund oder zu Sprachkenntnissen ihrer Mitarbeiter gemacht. Für 50 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund besitzen. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit zwei Personen einen Anteil von 4 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. In der Studie aus dem Jahr 2007 war ein Anteil von 3 % erhoben worden.

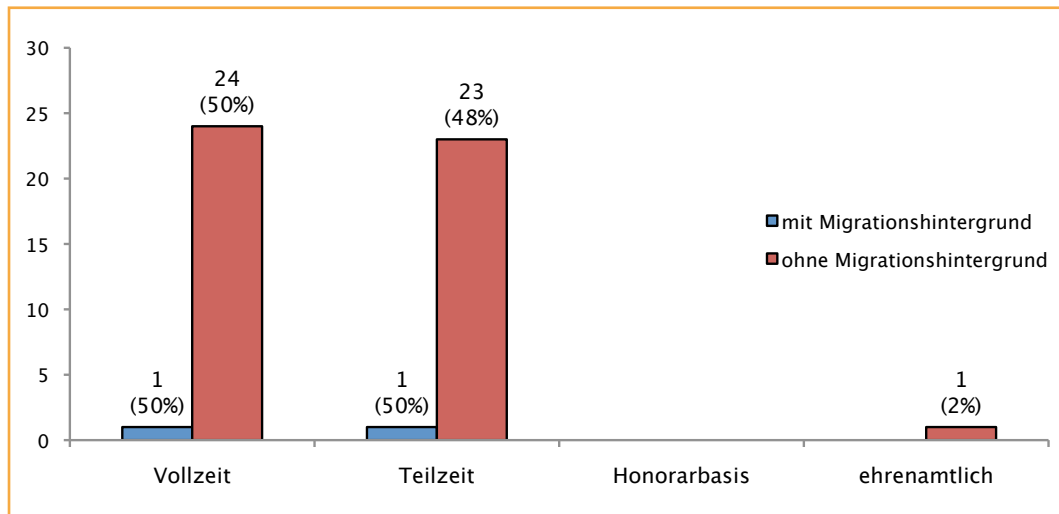
Abbildung 26: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 50)



B.2 Mitarbeiter: Herkunft, Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang

Von den 48 (96%) Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten 24 (50 %) Vollzeit, 23 (48 %) Teilzeit und einer (2 %) auf Honorarbasis. Von den zwei Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeitet einer Vollzeit und einer Teilzeit.

Abbildung 27: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 2; N ohne Migrationshintergrund = 48)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Zwei Angebote haben die Frage nicht beantwortet. Insgesamt wurden Kenntnisse in vier Sprachen angegeben.

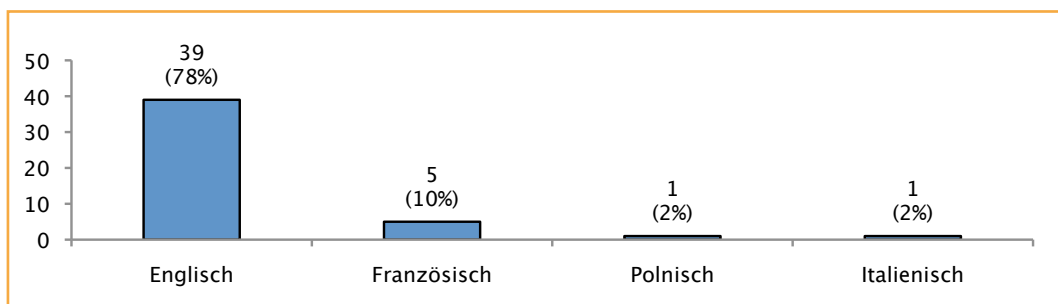
Tabelle 31: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 50); Mehrfachantworten waren möglich.

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	39	78
Polnisch	1	2
Italienisch	1	2
Französisch	5	10

Abbildung 28 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 39 (78 %) der Mitarbeiter sprechen Englisch. Nach Englisch folgen Französisch (5, 10 %), Polnisch (1, 2 %) und Italienisch (1, 2 %).

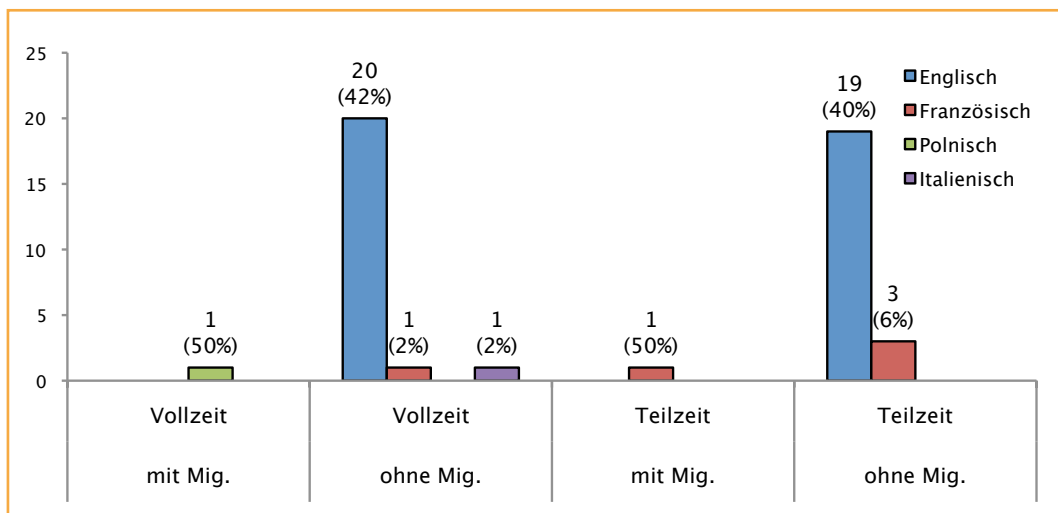
Abbildung 28: Sprachkenntnisse (N = 50)

Abbildung 29 zeigt die häufigsten Sprachkenntnisse der Mitarbeiter aufgeteilt nach Migrationshin-



tergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung.

Abbildung 29: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N gesamt = 50, N mit Migrationshintergrund = 2, N ohne Migrationshintergrund = 48)



C. Nutzerstruktur

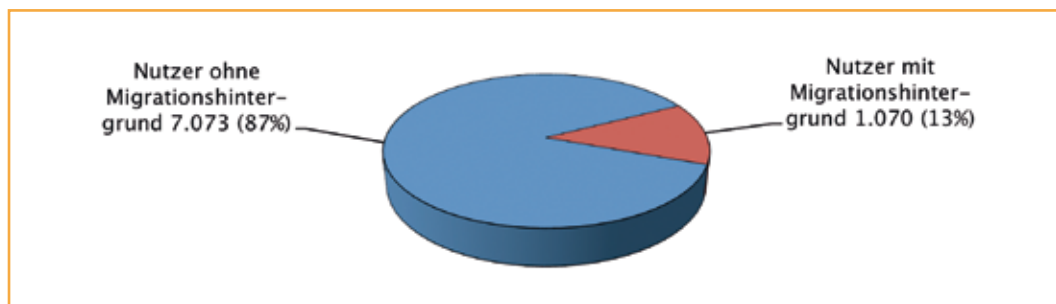
C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt?

Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Die mit der Umfrage erfassten Angebote haben im Jahr 2011 insgesamt etwa 8.143 Nutzer versorgt. Bei 1.070 (13 %) dieser Nutzer wurde ein Migrationshintergrund angegeben. Im Jahr 2007 wurde in den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen der Migrationshintergrund nicht erfasst. Es wurde ein Anteil von 9 % an Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit bzw. staatenlosen Personen berichtet.

Abbildung 30: Nutzer (N = 8.143)

C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw.



welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die tatsächliche Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund kann nicht ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Angeboten statistisch erfasst wird. Zudem wurden nicht bei allen Nutzern mit Migrationshintergrund differenzierte Angaben zur Herkunft gemacht. Die folgenden Berechnungen beziehen sich auf die Nutzer, zu denen Angaben zur Herkunft und Diagnose vorliegen. Dies sind 8.084 Nutzer.

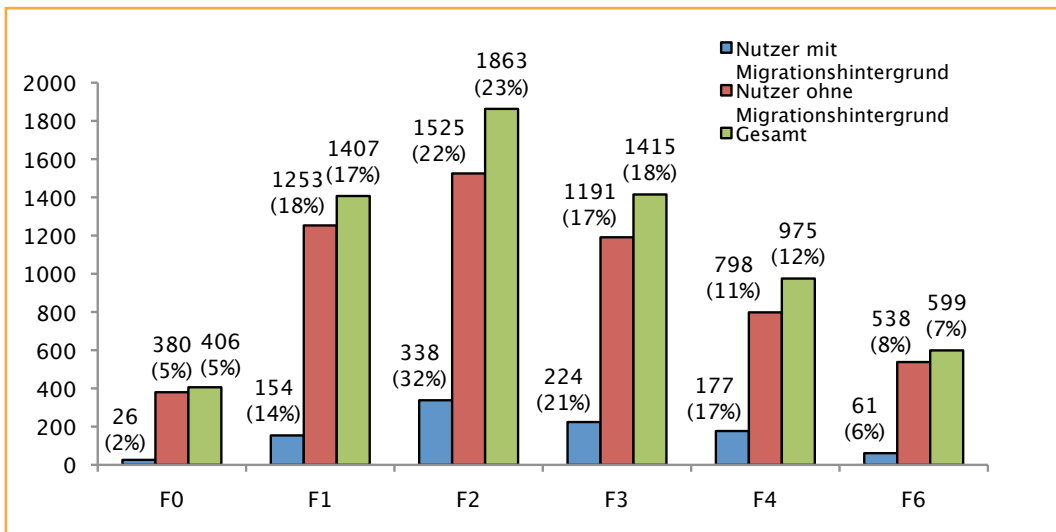
Die Verteilung der Nutzer ohne Migrationshintergrund entspricht anteilmäßig etwa der Verteilung der gesamten Nutzer auf die Diagnosen nach ICD-10. Die häufigste Diagnose bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund liegt mit 22 % (1525) bei F2. Der Anteil bei F1 beträgt 18 % (1253), bei F3 17 % (1191). Die Verteilung der Nutzer mit Migrationshintergrund unterscheidet sich leicht von der Verteilung insgesamt. Der größte Anteil liegt mit 32 % (338) bei F2. Der Anteil bei F1 beträgt 14 % (154). Bei F3 21 % (224) und F4 17 % (177) leicht über dem Anteil der Nutzer ohne Migrationshintergrund (17 % und 11 %). Bei den F0-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund bei 2 % (26), während er bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund bei 5 % (380) liegt. Bei den F6-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund bei 6 % (61), während er bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund bei 8 % (538) liegt.

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 31.1 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 31.2 bezieht sich auf die Verteilung der Diagnosen F5, F7, F8, F9, und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 31.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

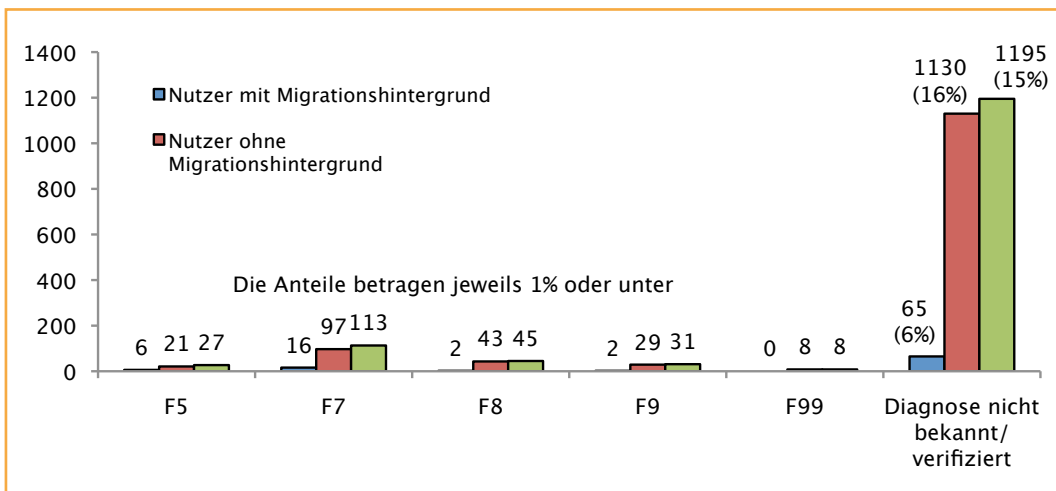
Abbildung 31.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 1.071;

N ohne Migrationshintergrund = 7.013, N gesamt = 8.084)

Abbildung 31.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 1.071;



N ohne Migrationshintergrund = 7.013, N gesamt = 8.084)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

11 Angebote haben genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 709 Nutzer mit Migrationshintergrund, zu denen Angaben zu Herkunftsländern vorlagen.

Tabelle 32: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 709)

In Abbildung 32 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen Nutzer

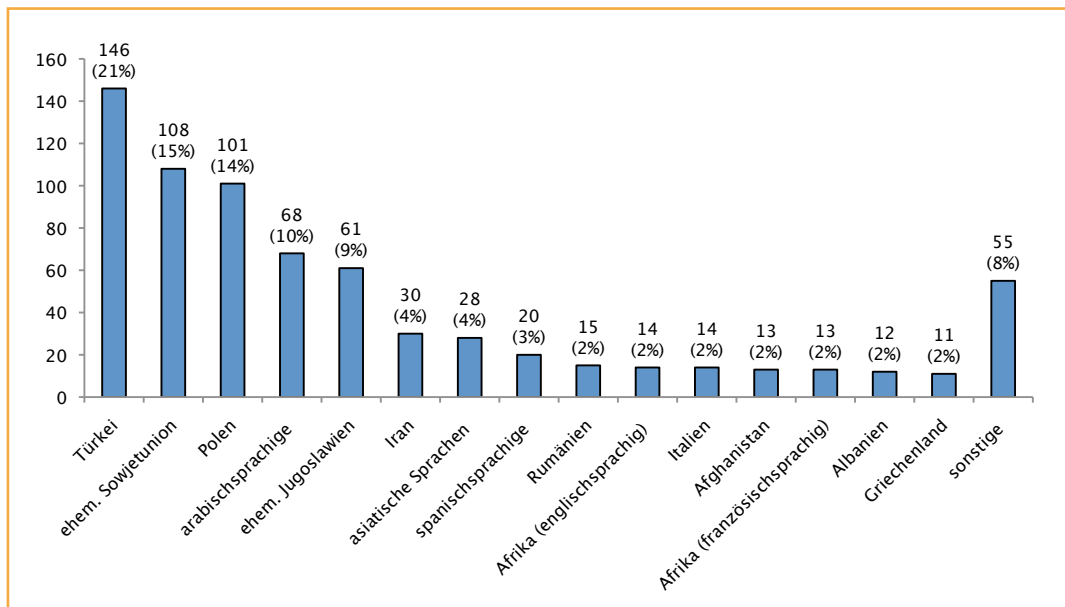
aus der Türkei (146, 21 %). Die Anzahl der Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Türkei	146	21
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidshan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	108	15
Polen	101	14
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	68	10
Bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	61	9
Iran	30	4
Sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	28	4
Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Dominikanische Republik, Kolumbien, Kuba, Spanien, Venezuela)	20	3
Rumänien	15	2
Afrika (englischsprachige Herkunftsländer: Gambia, Kenia, Nigeria, Sierra Leone, Uganda)	14	2
Italien	14	2
Afghanistan	13	2
Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Elfenbeinküste, Senegal, Togo, Ruanda)	13	2
Albanien	12	2
Griechenland	11	2
Niederlande	10	1
Portugiesischsprachige Herkunftsländer (Angola, Brasilien, Mosambik, Portugal)	9	1
Bulgarien	5	1
Großbritannien	5	1
Ungarn	4	1
Trinidad und Tobago	3	unter 1
Dänemark, Frankreich, Israel, Österreich, Tschechien, USA, Belgien, Finnland, Irland, Jamaika, Kanada, Slowakei, Zypern	Jeweils 2	Jeweils unter 1

ehem. UDSSR liegt bei 108 (15 %). Dann folgen Nutzer aus Polen (101, 14 %), arabischsprachigen Herkunftsländern (68, 10 %), den Ländern des ehem. Jugoslawien (61, 9 %), dem Iran (30, 4 %), Herkunftsländern mit sonstigen asiatischen Sprachen (28, 4 %), spanischsprachigen Herkunftsländern (20, 3 %), Rumänien (15, 2 %), englischsprachigen afrikanischen Herkunftsländern (14, 2 %), Italien (14, 2 %), Afghanistan (13, 2 %), französischsprachigen afrikanischen Herkunftsländern (13, 2 %), Albanien (12, 2 %) und Griechenland (11, 2 %).

Abbildung 32: Herkunft der Nutzer (N = 709)

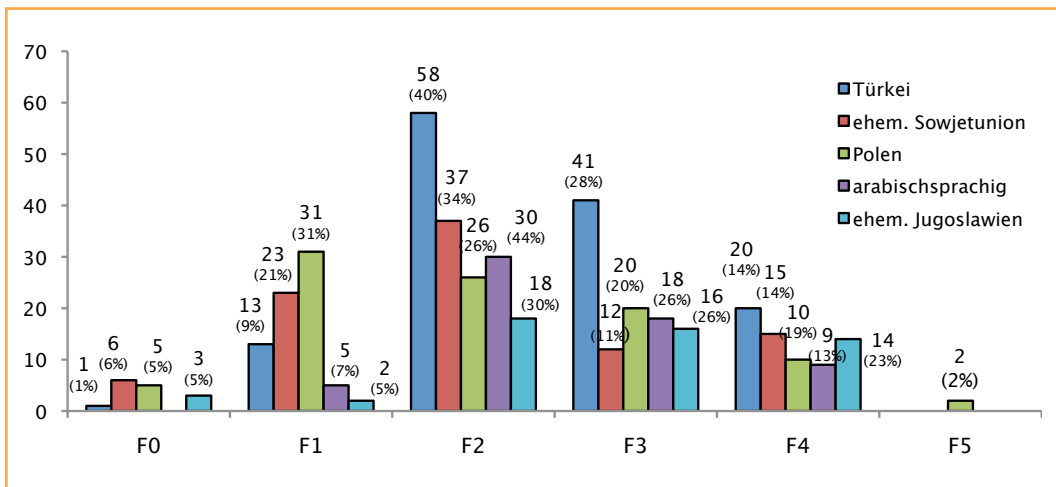
Abbildung 33.1 und 33.2 zeigen die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose. Bei den Nutzern aus der Türkei ist mit 40 % (58) der Anteil bei den F2-Diagnosen am höchsten. Bei den



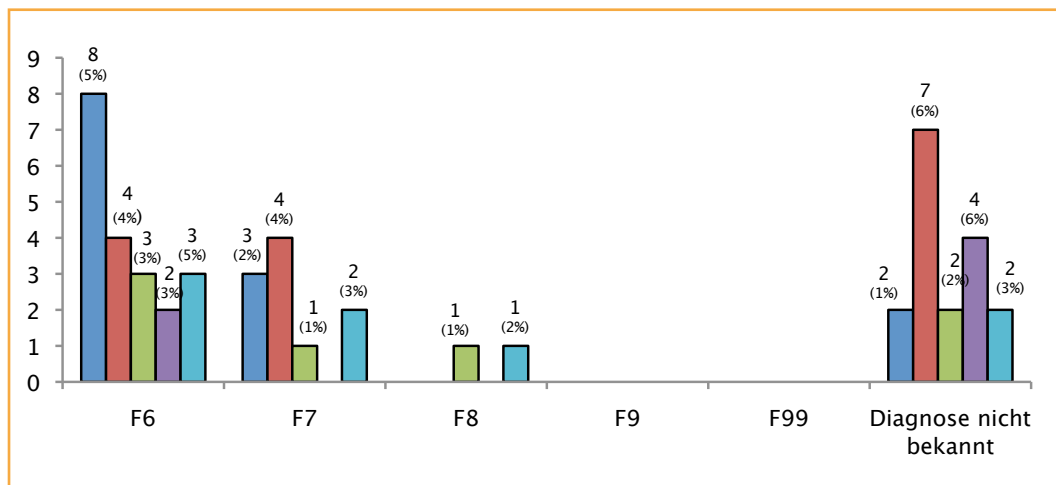
Nutzern aus den Ländern der ehem. Sowjetunion liegt mit 34 % (37) der größte Anteil ebenfalls bei den F2-Diagnosen. Der höchste Anteil der Nutzer aus Polen liegt bei den F1-Diagnosen (31 %, 31). Mit 44 % (30) liegt der größte Anteil der Nutzer aus arabischsprachigen Ländern bei den F2-Diagnosen. Nutzer aus Ländern des ehem. Jugoslawien sind anteilmäßig bei den F2-Diagnosen (30 %, 18) am stärksten vertreten.

Abbildung 33.1: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N Türkei = 146; N ehem. Sowjetunion = 108; N Polen = 101; N arabischsprachig = 68; N ehem. Jugoslawien = 61)

Abbildung 33.2: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N Türkei =146; N ehem. Sowjetunion = 108; N Polen = 101; N arabischsprachig = 68; N ehem. Jugoslawien = 61)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte



D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. 12 Angebote haben Konzepte/ Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. Im Jahr 2007 verfügten sechs Beratungsstellen über migrantenspezifische Konzepte und Projekte. Mit einem Mittelwert von 3,5 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (1 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 3,38 bei migrationsspezifischen Angeboten). Zehn (83 %) der Angebote gaben an, dass sie über Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen verfügen. Neun (75%) der Angebote bieten aufsuchende Arbeit/Hausbesuche an.

Jeweils acht (67 %) Angebote gaben an, dass sie qualifizierte Dolmetscher einsetzen, routinemäßig eine Migrationsanamnese durchführen, mit anderen Institutionen vernetzt sind und mit Behörden kommunizieren.

Tabelle 33: Konzepte/Projekte zum Thema Migration (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

D2. Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren mög-

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	10	83
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	9	75
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	8	67
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	8	67
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	8	67
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	8	67
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	6	50
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	5	42
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	4	33
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	3	25
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	17
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	17
Wissens-Transfer	1	8
Anpassung der Stellenprofile	1	8
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	1	8
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	1	8
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	1	8

lich. Zehn (83 %) der Angebote erreichen Migranten über die aufsuchende Arbeit/Hausbesuche. Neun (75 %) erreichen sie über eine telefonische Beratung. Neben den vorgegebenen Kategorien wurden Kliniken und die Polizei als Zugangswege genannt.

Tabelle 34: Zugangswege zu Migranten (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

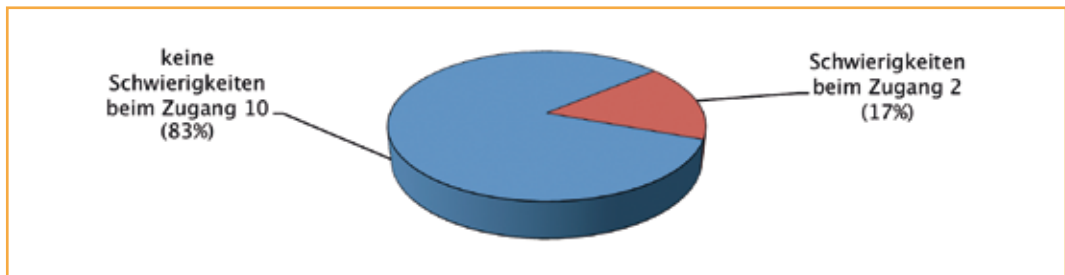
D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten?

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	10	83
Telefonische Beratung	9	75
Vermittlung durch andere Nutzer	8	67
Zusammenarbeit mit Angehörigen	8	67
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	8	67
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	8	67
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	7	58
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	7	58
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	6	50
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	3	25
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	2	17
Internet	1	8

Zehn (83 %) Angebote gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. Zwei (17 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben.

Abbildung 34: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 12)

E. Vernetzung mit anderen Institutionen



E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Alle 12 Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes haben die Frage beantwortet. Neun (75 %) der Angebote haben Kontakt zu Angehörigen, acht (67 %) haben Kontakt zu Migrationsfachdiensten und Beratungsstellen. Neben den vorgegebenen Kategorien wurden Frauenhäuser und Rechtsanwälte als Kontaktstellen genannt.

Tabelle 35: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Institution	Anzahl	Prozent
Angehörige	9	75
Migrationsfachdienste	8	67
Beratungsstellen	8	67
Dolmetscherdienste	7	58
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	7	58
Klinischer Bereich	7	58
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	6	50
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	2	17
Integrationsbeauftragte	1	8

Neun (75 %) Angebote gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. Zwei (17 %) Angebote gaben an, dass sie mit diesen nicht zusammenarbeiten und von einem (8 %) Angebot wurde keine Aussage zu dieser Frage gemacht. Zur Form der Zusammenarbeit wurden Beratung, einzelfallbezogene Zusammenarbeit (Gutachten, Therapie etc.), Vermittlung, rechtliche Betreuung, gemeinsame Termine und AG's angegeben.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle 12 Beratungsstellen haben Verbesserungsbedarf angegeben. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der meiste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 4,50 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (4,08 bei migrationsspezifischen Angeboten, 2,33 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation und 1 bei *Vernetzung mit Migranten-Communities*). Neun Angebote (75 %) gaben an, dass Verbesserungsbedarf bei Fachkräften mit Migrationshintergrund besteht. Acht Angebote (67 %) sahen Verbesserungsbedarf bei fremdsprachigen Erstgesprächen und Beratungsangeboten sowie bei migrations- und kultursensibler Beratung/Therapie. Sieben Angebote (58 %) sahen Verbesserungsbedarf bei Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen und sechs Angebote (50 %) beim Wissens-Transfer.

Tabelle 36: Verbesserungsbedarf (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig?

(Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	9	75
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	8	67
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	8	67
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	7	58
Wissens-Transfer	6	50
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	5	42
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	5	42
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	5	42

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	5	42
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	5	42
Anpassung der Stellenprofile	4	33
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	4	33
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	4	33
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	4	33
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	4	33
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	4	33
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	3	25
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	3	25
Präventionsangebote	3	25
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	3	25
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	2	17
Kultursensible Raumeinrichtung	2	17
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	2	17
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	2	17
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	2	17
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	2	17
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	2	17
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	1	8
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	8
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	1	8
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	8

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. Neun Angebote haben diese Frage beantwortet, drei Angebote haben keine Angaben gemacht. Allerdings wurden von einigen Angeboten mehr als drei Punkte erneut ausgewählt. 44 % (4) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, sehen dringenden Verbesserungsbedarf bei Fachkräften mit Migrationshintergrund. Jeweils 33 % (3) sehen ihn bei der Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation, beim Einsatz von qualifizierten Dolmetschern, bei der Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten und bei Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten.

Tabelle 37: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 9, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	4	44
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	3	33
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	3	33
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	3	33
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	33
Wissens-Transfer	2	22
Anpassung der Stellenprofile	2	22
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	22
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	2	22
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	2	22
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	2	22
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	22
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	11
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	1	11
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	11
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	1	11
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	1	11
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	1	11
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	1	11

3.4 Ambulante psychiatrische Pflege

Von sieben Angeboten der ambulanten psychiatrischen Pflege im Sozialpsychiatrischen Verbund haben zwei (29 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen.

Tabelle 38: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *ambulante psychiatrische Pflege*

Ambulante psychiatrische Pflege	
1	Diakoniestation Hannover, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst
2	APS Ambulanter Pflegedienst Springe-Roddau GmbH

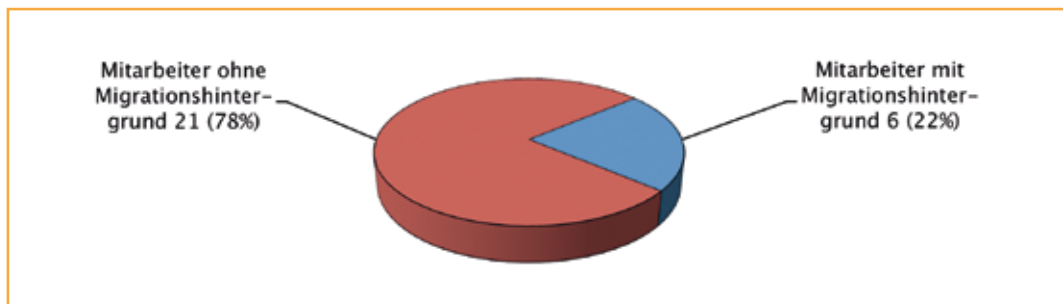
B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

Die zwei Angebote der ambulanten psychiatrischen Pflege, die an der Studie teilgenommen haben, haben die Frage zur Gesamtzahl ihrer Mitarbeiter beantwortet. Sie haben als Gesamtzahl 14 Mitarbeiter angegeben.

Abweichend von der angegebenen Gesamtzahl wurde für 27 Mitarbeiter angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund haben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit sechs Personen einen Anteil von 22 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. Ein Vergleich mit den Ergebnissen aus 2007 bietet sich nicht an, da nur eines der Angebote aus 2007 auch an der aktuellen Erhebung teilgenommen hat.

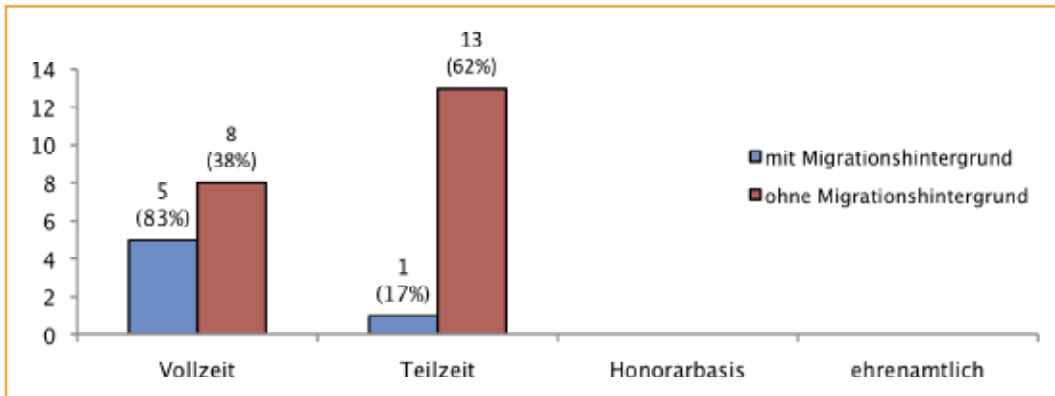
Abbildung 35: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 27)



B.2 Herkunft der Mitarbeiter, deren Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang ihrer Anstellung

Von den 21 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten acht (38 %) Vollzeit und 13 (62 %) Teilzeit. Von den sechs Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeiten fünf (83 %) in Vollzeit und einer (17 %) in Teilzeit.

Abbildung 36: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 6; N ohne Migrationshintergrund = 21)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Ein Angebot gab an, keine Kenntnisse zur Herkunft und Sprachkenntnissen der Mitarbeiter zu haben. Insgesamt wurden Kenntnisse in acht Sprachen angegeben.

Tabelle 39: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 27); Mehrfachantworten waren möglich.

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	14	52
Russisch	3	11
Türkisch	3	11
Polnisch	2	7
Serbokroatisch	2	7
Vietnamesisch, Bulgarisch, Aserbaidschanisch	Jeweils 1	Jeweils 4

Abbildung 37 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt.

Abbildung 37: Sprachkenntnisse (N = 27)

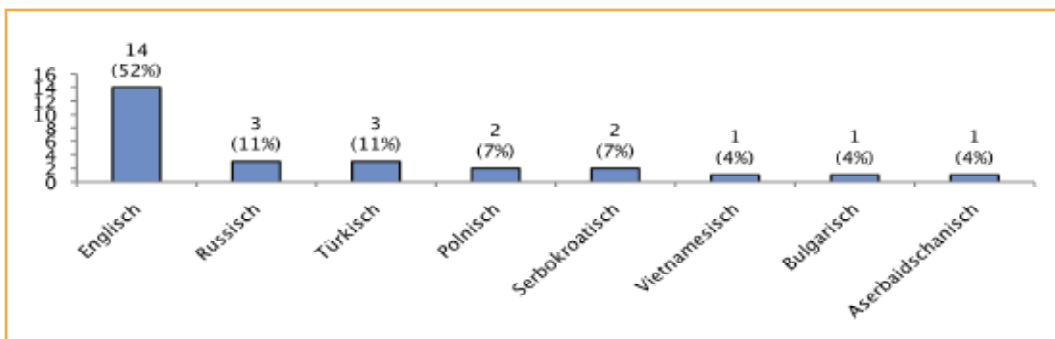
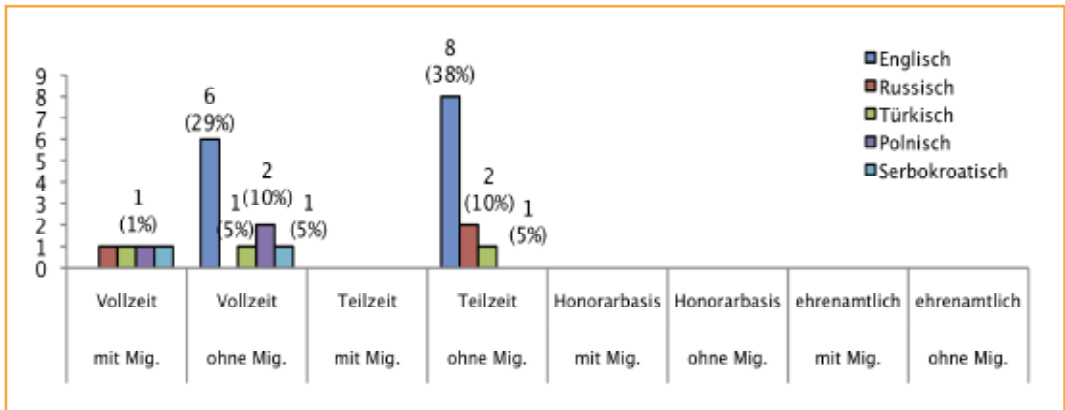


Abbildung 38 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse für die fünf häufigsten Sprachkenntnisse der Mitarbeiter aufgeteilt nach Migrationshintergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung.

Abbildung 38: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 6; N = ohne Migrationshintergrund = 21)

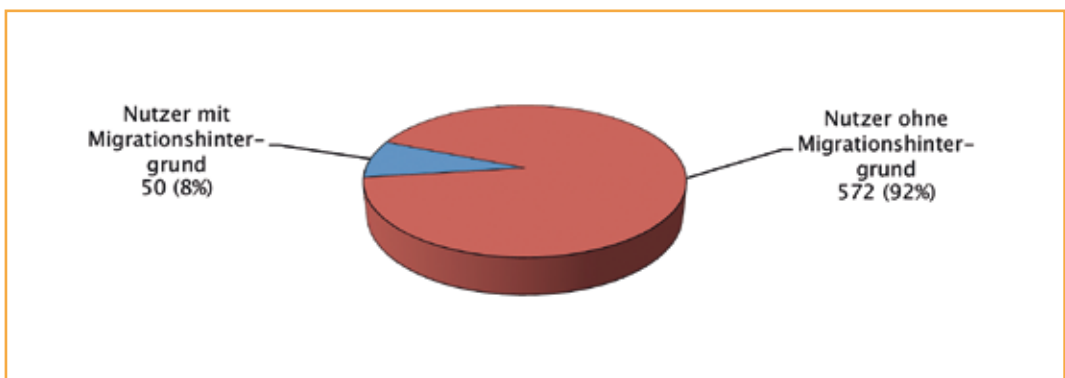


C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Die mit der Umfrage erfassten Angebote haben im Jahr 2011 insgesamt etwa 622 Nutzer versorgt. Bei 50 dieser Nutzer wurde ein Migrationshintergrund angegeben. Nur ein Angebot konnte Angaben zur Herkunft der Nutzer machen. Ein Vergleich mit den Ergebnissen aus 2007 bietet sich nicht an, da nur eines der Angebote aus 2007 auch an der aktuellen Erhebung teilgenommen hat.

Abbildung 39: Nutzer (N = 622)



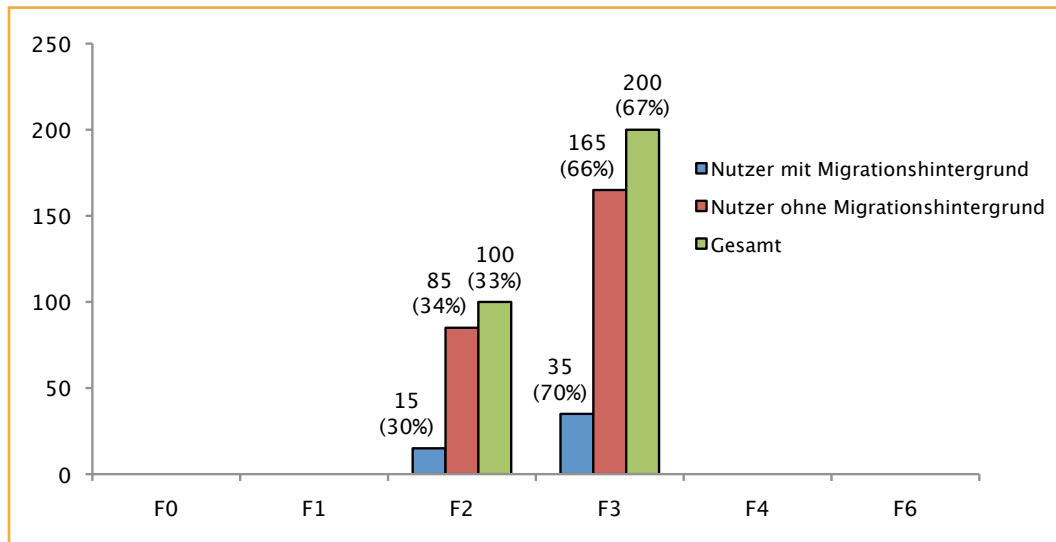
C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nur bei einem Angebot und hier nur ungefähr vor. Die tatsächliche Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund in der ambulanten psychiatrischen Versorgung kann deswegen nicht ermittelt werden. Die folgenden Berechnungen beziehen sich nur auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben gemacht wurden. Dies sind 300 Nutzer.

Die Verteilung der Nutzer ohne Migrationshintergrund entspricht anteilmäßig etwa der Verteilung der gesamten Nutzer auf die Diagnosen nach ICD-10. Die häufigste Diagnose bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund liegt mit 66 % (165) bei F3. Der Anteil bei F2 beträgt 34 % (85). Bei den Nutzern mit Migrationshintergrund liegt der Anteil bei F3 mit 70 % (35) über dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund. Der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund bei F2 liegt bei 30 % (15). Für die weiteren Diagnosen wurden keine Nutzer angegeben.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 40 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt.

Abbildung 40: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 50; N ohne Migrationshintergrund = 250, N gesamt = 300)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Ein Angebot hat genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 40 Nutzer mit Migrationshintergrund, zu denen Angaben zu Herkunftsländern vorlagen.

Tabelle 40: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 40)

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Türkei	23	58
Polen	12	30
Bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige	3	11
Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	4	10
Iran	1	3

In Abbildung 41 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen Nutzer aus der Türkei (23, 58 %). Die Zahl der Nutzer aus Polen liegt bei 12 (30 %). Dann folgen Nutzer aus bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachigen Herkunftsländern (4, 10 %) und dem Iran (1, 3 %).

Abbildung 41: Herkunft der Nutzer (N = 40)

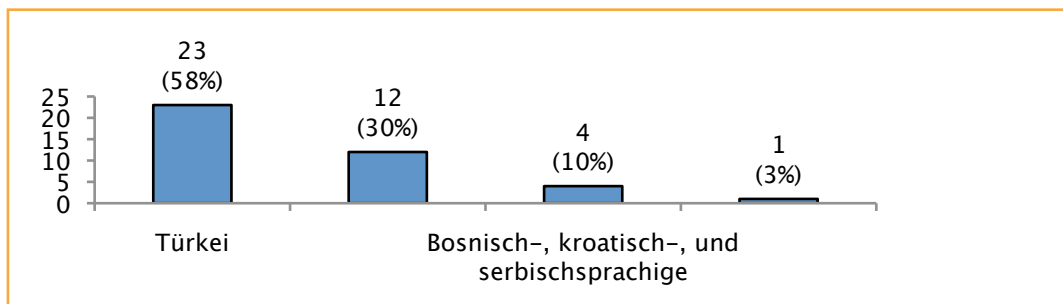
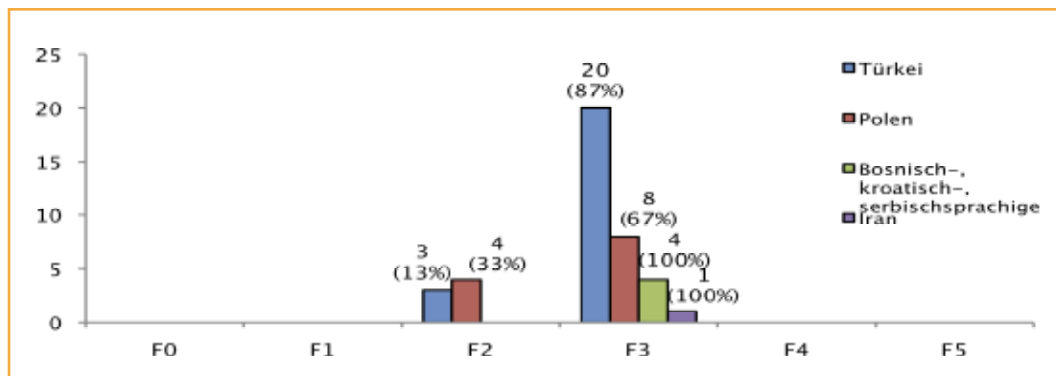


Abbildung 42 zeigt die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose. Bei den Nutzern aus der Türkei ist mit 87 % (20) der Anteil bei den F3-Diagnosen am höchsten. Für Polen liegt er bei den F3-Diagnosen bei 67 % (8). Alle angegebenen Nutzer aus dem Iran und den bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachigen Ländern sind ebenfalls den F3-Diagnosen zugeordnet.

Abbildung 42: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N Türkei = 23; N Polen = 12; N bosnisch-, kroatisch-, serbischsprachige = 4; N Iran = 1)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Ein Angebot hat Konzepte/Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt. Von dem anderen Angebot wurde angegeben, dass keine der angegebenen Konzepte/Projekte innerhalb des Angebots existieren.

Folgende Konzepte/Projekte wurden angegeben:

- Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche
- Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems
- Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)
- Fachkräfte mit Migrationshintergrund
- Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Ein Angebot hat Angaben zu dieser Frage gemacht. Folgende Zugangswege wurden angegeben:

- Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren
- Vermittlung durch andere Nutzer
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen
- Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern
- Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche
- Telefonische Beratung
- Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten
- Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten?

Beide Angebote der ambulanten psychiatrischen Versorgung gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben.

E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Beide Angebote der ambulanten psychiatrischen Versorgung haben die Frage beantwortet, beide haben Kontakt zu muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren, Angehörigen, Migrationsfachdiensten und Dolmetscherdiensten. Zusätzlich wurden von einem Angebot Betreuer als Kontaktpersonen angegeben.

Tabelle 41: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 2, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	2	100
Angehörige	2	100
Migrationsfachdienste	2	100
Dolmetscherdienste	2	100
Integrationsbeauftragte	1	50
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	1	50
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	1	50
Klinischer Bereich	1	50
Beratungsstellen	1	50

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Ein Angebot gab an, dass es mit den unter E.1 genannten Stellen zusammenarbeitet. Je nach Bedarf werde der entsprechende Partner ausgewählt. Die häufigste Form der Zusammenarbeit ist die Beratung.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Ein Angebot gab an, dass kein Verbesserungsbedarf besteht. Das andere Angebot sieht Verbesserungsbedarf bei Fachkräften mit Migrationshintergrund.

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Dringender Verbesserungsbedarf wird von einem Angebot bei Fachkräften mit Migrationshintergrund sowie bei Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen gesehen.

3.5 Psychiatrische Wohnheime und ambulant betreutes Wohnen, Wohngruppen

Von den 74 psychiatrischen Wohnheimen, Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens und Wohngruppen haben 42 (57 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen, einige haben den Fragebogen zusammengefasst ausgefüllt. Für die Auswertung ergeben sich 37 Fälle.

Tabelle 42: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *Psychiatrische Wohnheime etc.*

Psychiatrische Wohnheime & ambulant betreutes Wohnen, Wohngruppen	
1	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Region Hannover e. V., ambulant betreutes Wohnen
2	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Region Hannover e. V., Übergangwohnheim
3	beta 89 e. V., betreutes Wohnen
4	Bethel im Norden, Anna Meyberg Haus
5	Ex & Job Soziale Dienstleistungen e. V., psychiatrisches Wohnheim
6	Ex & Job Soziale Dienstleistungen e. V., ambulant betreutes Wohnen
7	FIPS GmbH, betreutes Wohnen
8	Pro Casa
9	Heimbetriebe Schneeren gGmbH, Wohnheim, Steinhorstweg
10	Heimbetriebe Schneeren gGmbH, Wohnheim, Meerstraße
11	Heimbetriebe Schneeren, Wohnheim, Mardorfer Straße
12	Landwehrpark – Betreutes Wohnen
13	Psychiatrisches Wohnheim Gut Mönchehof, Wohnheim und Arbeitstherapie
14	Psychiatrisches Wohnheim Gut Mönchehof, Außenwohngruppe
15	STEP gGmbH, Wohnheim Gestorf
16	STEP gGmbH, STEPKIDS
17	STEP gGmbH, Sonnenhof Völksen
18	STEP gGmbH Wohnheim, Übergangseinrichtung
19	Stephansstift, Ev. Jugendhilfe gGmbH, therapeutische Wohngruppe
20	Gemeinnütziger Verein zur Förderung sozialer Beziehungen
21	Werkheim e. V., Heim für ältere Männer
Psychiatrische Wohnheime & ambulant betreutes Wohnen, Wohngruppen	
22	Werkheim e. V., Heim für Wohnungslose

23	Werkheim e. V., nachgehende Hilfen (Zuständigkeit des Landes)
24	Werkheim e. V., nachgehende Hilfen (Zuständigkeit der Region Hannover)
25	Jugendwerksiedlung e. V., Heim für Wohnungslose
26	Jugendwerksiedlung e. V., ambulante nachgehende Hilfen (Zuständigkeit des Landes)
27	Jugendwerksiedlung e. V., ambulante nachgehende Hilfen (Zuständigkeit der Region Hannover)
28	SuPA GmbH
29	Perspektiven GbR
30	Heuberg GmbH
31	Kompass Plus
32	Charlottenhof GmbH, Haus Wunstorf
33	Charlottenhof GmbH, Haus Steinhude
34	Charlottenhof GmbH, Außenwohngruppe
35	Diakoniestation Hannover, ambulant betreutes Wohnen
36	ESTA e.V. Verein zur Förderung emotionaler Stabilität
37	Karl-Lemmermann-Haus
38	MELOS-Zentrum
39	Henriettenstiftung, Gerontopsychiatrischer Pflegebereich Buchholz
40	Dr. med. A. Wilkening Pflegeheime GmbH, ambulant betreutes Wohnen
41	Dr. med. A. Wilkening Pflegeheime GmbH, Wohnheim
42	Dr. med. A. Wilkening Pflegeheime GmbH, Pflegeheim

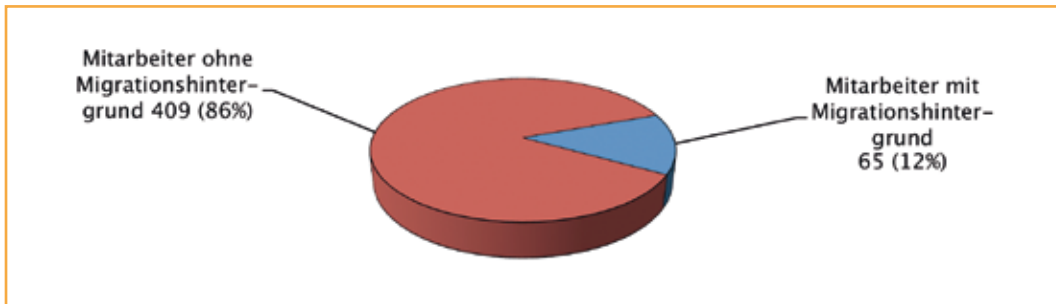
B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl der Mitarbeiter gesamt

Von den 37 psychiatrischen Wohnheimen, Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens und Wohngruppen hat ein Angebot die Frage nach der Gesamtanzahl der Mitarbeiter nicht beantwortet. Von den übrigen 36 Angeboten wurde eine Gesamtzahl von 590 Mitarbeitern angegeben. Drei Angebote haben keine Angaben zum Hintergrund oder Sprachkenntnissen ihrer Mitarbeiter gemacht. Zwei Angebote gaben an, dass sie keine Kenntnisse über die Herkunft ihrer Mitarbeiter haben. Für 474 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund haben oder nicht. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit 65 Personen einen Anteil von Anteil von 12 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. Im Jahr 2007 betrug der Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund 13%.

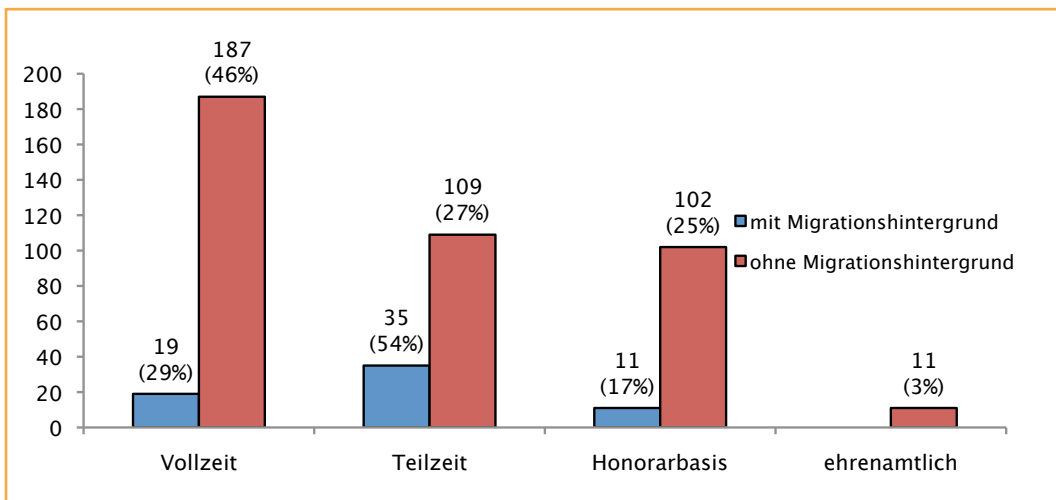
Abbildung 43: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 47)

B.2 Mitarbeiter: Herkunft, Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang



Von den 409 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten 187 (46 %) Vollzeit, 109 (27 %) Teilzeit, 102 (25 %) auf Honorarbasis und 11 (3 %) ehrenamtlich. Von den 65 Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeiten 19 (29 %) Vollzeit, 35 (54 %) Teilzeit und 11 (17 %) auf Honorarbasis.

Abbildung 44: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 65; N ohne Migrationshintergrund = 409)
Sprachkenntnisse



Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Drei Angebote haben die Frage nicht beantwortet. Sieben Angebote gaben an, keine Kenntnisse über Sprachkenntnisse ihrer Mitarbeiter zu haben. Insgesamt wurden Kenntnisse in 23 Sprachen angegeben.

Tabelle 43: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 474); Mehrfachantworten waren möglich.

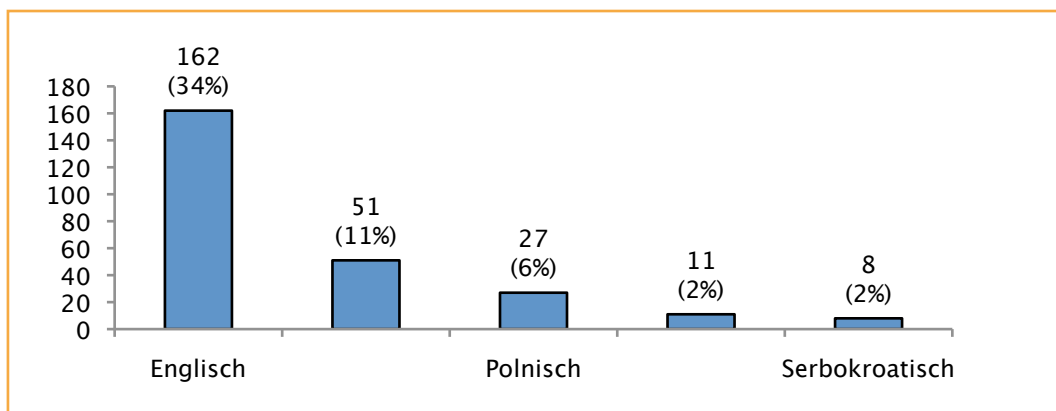
Abbildung 45 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 162 (34 %) der Mitarbeiter

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	162	34
Russisch	51	11
Polnisch	27	6
Litauisch	11	2
Serbokroatisch	8	2
Türkisch	7	1
Italienisch	4	1
Spanisch	3	1
Griechisch	3	1
Ukrainisch	3	1
Ungarisch	2	unter 1
Französisch	2	unter 1
Ritia	2	unter 1
Arabisch, Kurdisch, Vietnamesisch, Persisch, Niederländisch, Portugiesisch, Indisch, Eine afrikanische Sprache, Aserbaid-schanisch, Tschechisch	Jeweils 1	Jeweils unter 1

sprechen Englisch. 51 (11 %) sprechen Russisch, 27 (6 %) Polnisch, 11 (2 %) Litauisch und acht (2 %) Serbokroatisch.

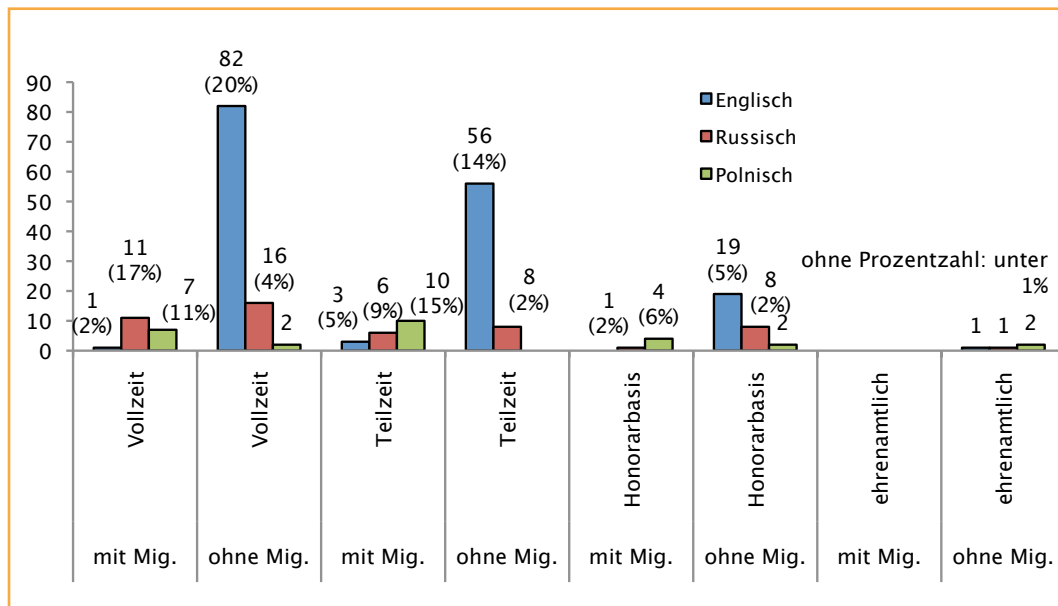
Abbildung 45: Sprachkenntnisse (N = 474)

Abbildung 46 zeigt die häufigsten Sprachkenntnisse der Mitarbeiter aufgeteilt nach Migrations-



hintergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung.

Abbildung 46: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N gesamt = 474; N mit Migrationshintergrund = 65; N ohne Migrationshintergrund = 409)



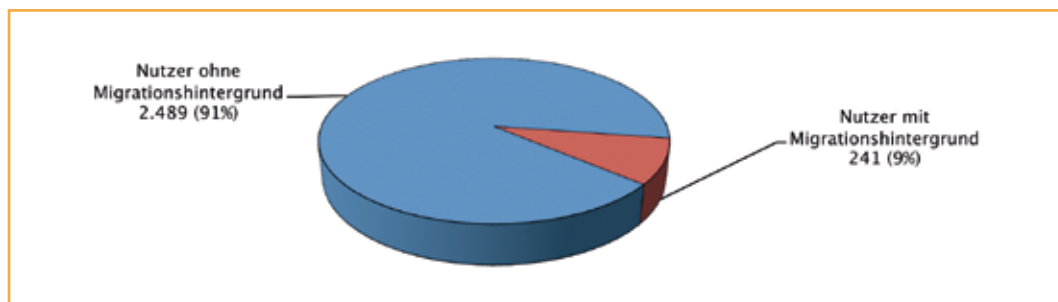
C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt?

Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Die mit der Umfrage erfassten Angebote der psychiatrischen Wohnheime, Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens und Wohngruppen haben im Jahr 2011 insgesamt etwa 2.730 Nutzer versorgt. Von 34 Angeboten wurde eine Angabe zur Herkunft der Nutzer gemacht. Demnach hatten 241 (9 %) der Nutzer einen Migrationshintergrund. Der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund betrug im Jahr 2007 ebenfalls 9 %.

Abbildung 47: Nutzer (N = 2.730)



C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nicht immer genau vor. Teilweise wurden Nutzer mehreren Diagnosen zugeordnet und werden deswegen doppelt gezählt. Ein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl ist nicht möglich. Ebenso kann die Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund nicht einwandfrei ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Angeboten statistisch erfasst wird. Die folgenden Berechnungen beziehen sich nur auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorliegen. Dies sind 3.108 Nutzer.

Die Verteilung der Nutzer ohne Migrationshintergrund entspricht anteilmäßig etwa der Verteilung der gesamten Nutzer auf die Diagnosen nach ICD-10. Die häufigste Diagnose bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund liegt mit 29 % (815) bei F1. Der Anteil bei F6 beträgt 15 % (424), bei F2 12 % (344) und bei F99 9 % (266). Die Verteilung der Nutzer mit Migrationshintergrund unterscheidet sich von der Verteilung insgesamt. Der größte Anteil liegt mit 36 % (94) bei F1. Der Anteil bei F2 beträgt 24 % (61). Bei diesen Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund deutlich über dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund. Bei den F6- und F99-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund deutlich unter dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund.

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 48.1 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 48.2 bezieht sich auf die Verteilung auf die Diagnosen F5, F7, F8, F9, und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 48.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

Abbildung 48.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 259; N ohne Migrationshintergrund = 2.849, N gesamt = 3.108)

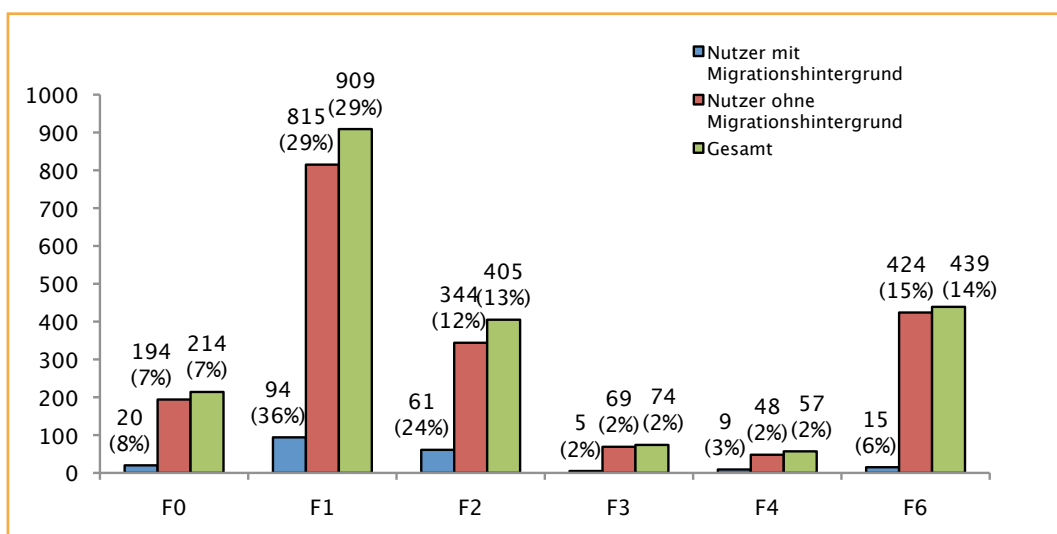
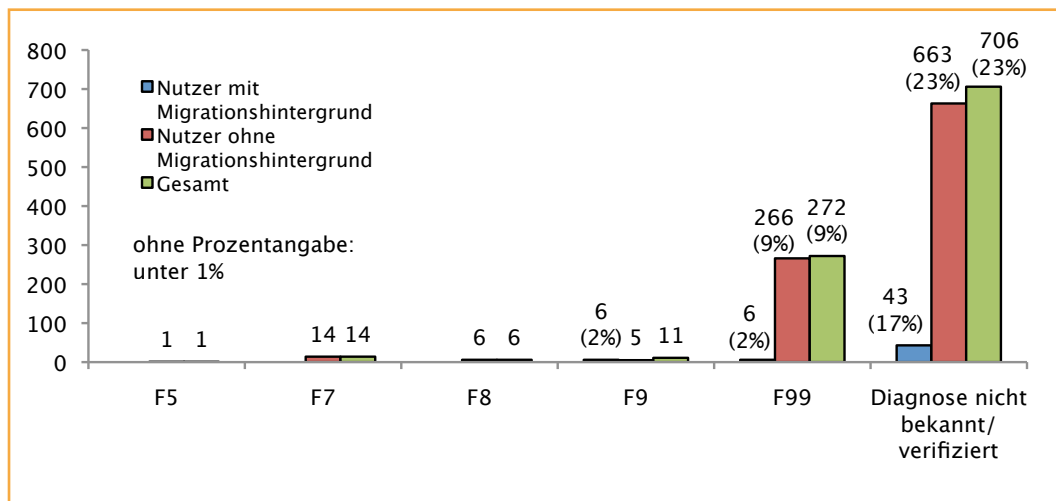


Abbildung 48.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 259; N ohne Migrationshintergrund = 2.849, N gesamt = 3.108)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

28 Angebote haben genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 220 Nutzer mit Migrationshintergrund, zu denen Angaben zu Herkunftsländern vorlagen.

Tabelle 44: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 220)

In Abbildung 49 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen mit

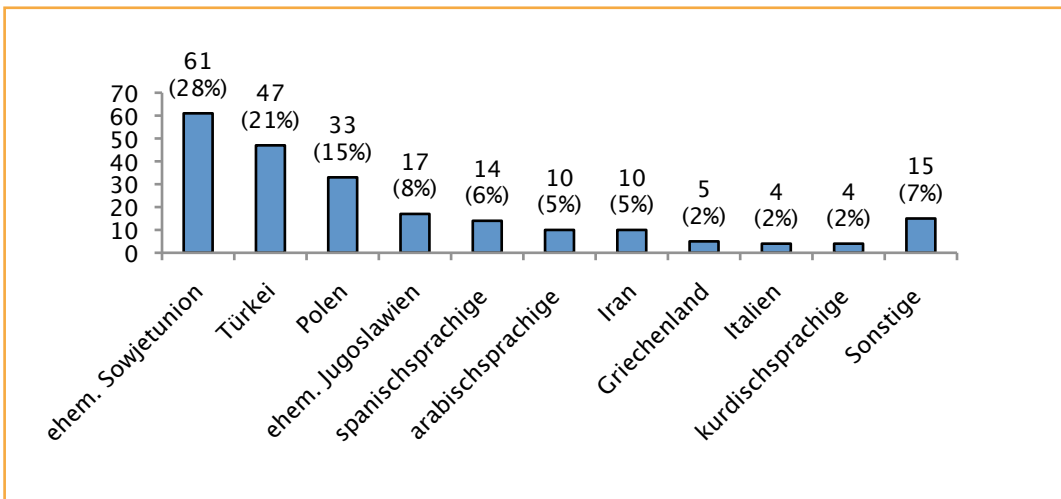
Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidshan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	61	28
Türkei	47	21
Polen	33	15
Bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	17	8
Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Dominikanische Republik, Kolumbien, Kuba, Spanien, Venezuela)	14	6
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	10	5
Iran	10	5

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Griechenland	5	2
Italien	4	2
Kurdischsprachige Herkunftsländer (Irak, Iran, Syrien, Türkei)	4	2
Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Elfenbeinküste, Senegal, Togo, Ruanda)	3	1
sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	3	1
Afrika (englischsprachige Herkunftsländer: Gambia, Kenia, Nigeria, Sierra Leone, Uganda)	2	1
Portugiesischsprachige Herkunftsländer (Angola, Brasilien, Mosambik, Portugal)	2	1
Rumänien	2	1
Afghanistan	1	unter 1
Großbritannien	1	unter 1
Schweden	1	unter 1

61 (28 %) Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der ehem. UDSSR aus. Dann folgen Nutzer aus der Türkei (47, 21 %), Polen (33, 15 %), bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (17, 8 %), spanischsprachige Herkunftsländer (14, 6 %), arabischsprachige Herkunftsländer (10, 5 %), der Iran (10, 5 %), Griechenland (5, 2 %), Italien (4, 2 %) und kurdischsprachige Herkunftsländer (4, 2 %).

Abbildung 49: Herkunft der Nutzer (N = 220)

Abbildung 50.1 und 50.2 zeigen die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose für

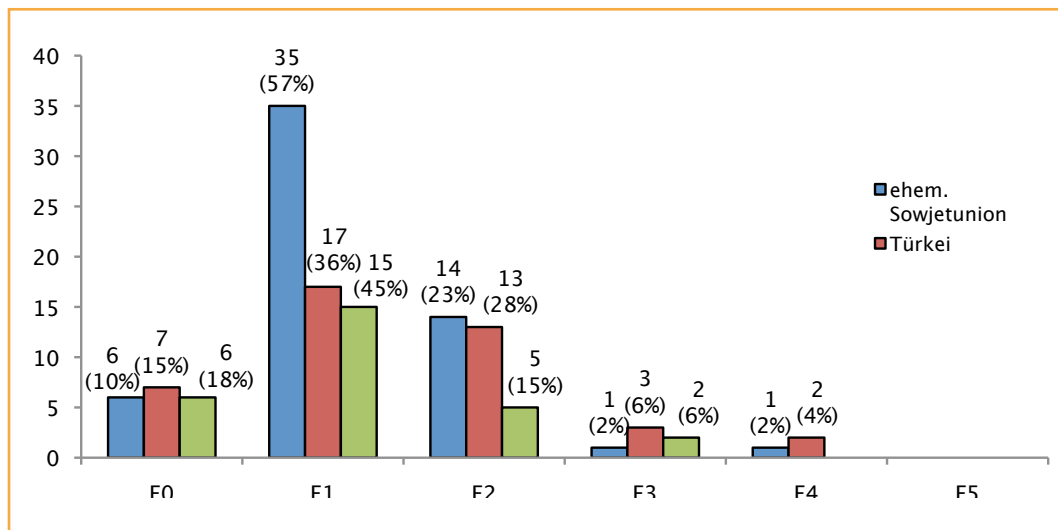


die drei größten Herkunftsregionen. Die größten Anteile liegen jeweils bei den F1-Diagnosen: bei den Nutzern aus der ehem. Sowjetunion 57 % (35), bei den Nutzern aus der Türkei 36 % (94), bei den Nutzern aus Polen 45 % (15).

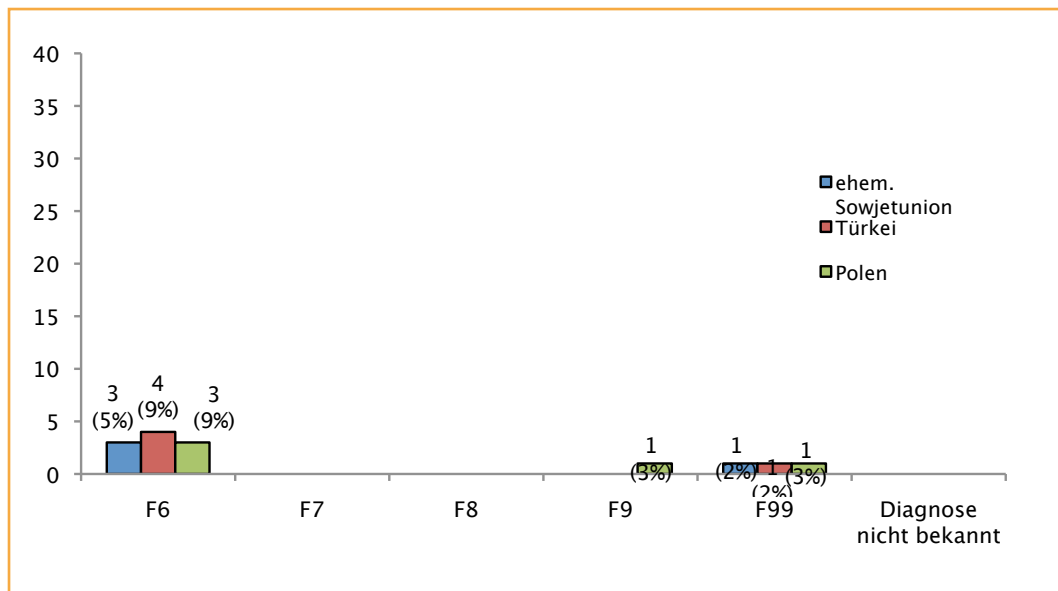
Abbildung 50.1: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N ehem. Sowjetunion = 61;

N Türkei = 47; N Polen = 33)

Abbildung 50.2: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N ehem. Sowjetunion= 61;



N Türkei= 47; N Polen= 33)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema *Migration*?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle 37 Angebote haben Konzepte/ Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. Mit einem Mittelwert von 7,63 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (5,00 bei migrationsspezifischen Angeboten, 3,14 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation). 14 (38 %) der Angebote gaben an, dass sie mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt sind. 13 (35 %) der Angebote führen routinemäßig eine Migrationsanamnese durch, 12 (32 %) der Angebote bieten eine kultursensible Versorgung an, ebenfalls 12 (32 %) Angebote stehen in Kontakt mit Behörden und bei 11 (30 %) der Angebote sind Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen angestellt.

Tabelle 45: Konzepte/Projekte zum Thema Migration (N = 37, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	14	38
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	13	35
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	12	32
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	12	32
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	11	30
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	9	24
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	8	22
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	8	22
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	8	22
Wissens-Transfer	7	19
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	7	19
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	6	16
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	4	11
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	4	11
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	3	8

Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	3	8
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	3	8
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	5
Anpassung der Stellenprofile	2	5
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	5
Kultursensible Raumeinrichtung	2	5
Präventionsangebote	2	5
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	2	5
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	3

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. 17 (46 %) der Angebote erreichen Migranten über die Vermittlung durch andere Nutzer. 11 (30 %) erreichen sie durch die Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen und 10 (27 %) durch aufsuchende Arbeit/Hausbesuche. Drei Angebote gaben an, keinen Zugang zu Migranten zu haben. Als weitere Zugangswege wurde die Überweisung durch Haftanstalten, rechtliche Betreuer und Kliniken angegeben.

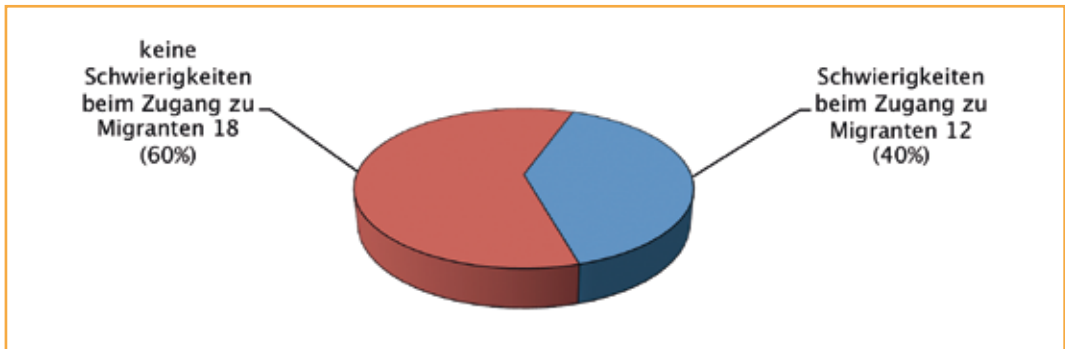
Tabelle 46: Zugangswege zu Migranten (N = 37, Mehrfachantworten möglich)

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Vermittlung durch andere Nutzer	17	46
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	11	30
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	10	27
Zusammenarbeit mit Angehörigen	8	22
Internet	7	19
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	7	19
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	6	16
Telefonische Beratung	5	14
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	4	11
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	3	8
Gar nicht	3	8
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	1	3

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten? (offene Frage)

30 Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beim Zugang beantwortet. 18 (60 %) Angebote gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. 12 (40 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben.

Abbildung 51: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 30)



E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Alle 37 Angebote dieses Clusters haben die Frage beantwortet. 20 (54 %) der Angebote haben Kontakt zum ärztlichen/fachärztlichen Bereich. Ebenfalls 20 (54 %) der Angebote haben Kontakt zu Beratungsstellen. Und jeweils 17 (46 %) der Angebote stehen im Kontakt mit Angehörigen sowie dem klinischen Bereich. Vier Angebote gaben an, keinen Kontakt zu den vorgelegten Personen/Organisationen zu haben.

Tabelle 47: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 37, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	20	54
Beratungsstellen	20	54
Angehörige	17	46
Klinischer Bereich	17	46
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	7	19
Migrationsfachdienste	7	19
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	4	11

Dolmetscherdienste	4	11
Keine	4	11
Integrationsbeauftragte	1	3

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Acht (22 %) Angebote gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. 20 (54 %) Angebote gaben an, dass sie mit diesen nicht zusammenarbeiten, und von neun (24 %) Angeboten wurde keine Aussage zu dieser Frage gemacht. Folgende Arten der Zusammenarbeit wurden angegeben: Austausch je nach Bedarf, Fortbildungen, Vernetzung und gemeinsame Angebote.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Sechs Angebote haben die Frage nach Verbesserungsbedarf nicht beantwortet. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der höchste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 5,63 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (3,83 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 3,67 bei *Vernetzung mit Migranten-Communities* und 3,58 bei migrationsspezifischen Angeboten). 12 (39 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf in Bezug auf den Wissens-Transfer, 10 (32 %) Angebote sehen ihn bei Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten. Jeweils neun (29 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf bei der Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten und bei Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen.

Tabelle 48: Verbesserungsbedarf (N = 31, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	12	39
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	10	32
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	9	29
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	9	29
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	8	26
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	8	26
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	8	26
Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent

Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	6	19
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	6	19
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	6	19
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	6	19
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	5	16
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	4	13
Anpassung der Stellenprofile	4	13
Präventionsangebote	4	13
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	4	13
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	4	13
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	3	10
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. Herkunft und Kultur des Nutzers)	3	10
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	3	10
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	3	10
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	3	10
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	6
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	2	6
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	2	6
Kultursensible Raumeinrichtung	1	3
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	3

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. 25 Angebote haben diese Frage beantwortet, 12 Angebote haben keine Angaben gemacht. Von einigen Angeboten wurden mehr als drei Punkte erneut ausgewählt. Sechs (24 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, sehen dringenden Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer, vier (16 %) bei Fachkräften mit Migrationshintergrund sowie Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen. Jeweils drei (12 %) sehen ihn bei migrations- und kultursensibler Beratung, Angeboten unter Einbezug von Angehörigen sowie bei der Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen.

Tabelle 49: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 25, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	6	24
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	4	16
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	4	16
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	3	12
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	3	12
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	3	12
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	8
Entwicklung einer migrationspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	2	8
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	8
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	2	8
Präventionsangebote	2	8
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	2	8
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	2	8
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	2	8
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	2	8
Anpassung der Stellenprofile	1	4
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	4
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	4
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	1	4
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	4
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	4
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	1	4

3.6 Tagesstätten und Kontaktstellen

Von den 24 Tagesstätten und Kontaktstellen innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben 13 (54 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen.

Tabelle 50: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *Tagesstätten und Kontaktstellen*

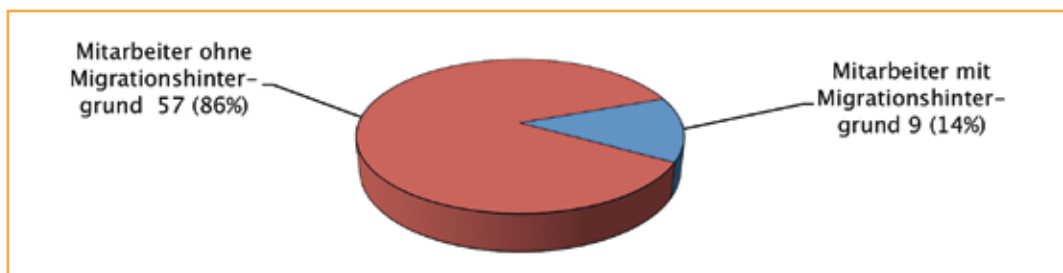
Tagesstätten und Kontaktstellen	
1	Balance e. V., Tagesstätte einschließlich Ergotherapie Garbsen
2	Balance e. V., Kontaktstelle Garbsen
3	Balance e. V., Kontaktstelle Hannover
4	Balance e. V., Tagesstätte
5	Der Steg e. V.
6	FIPS GmbH, Tagesstätte
7	FIPS GmbH, Tagesstätte Laatzen
8	Künstlerhaus AuE gGmbH
9	Verein Psychiatrie-Erfahrener e. V./VPE)
10	Diakonieverband Hannover-Land, Treffpunkt am Park
11	AuE Kreativschule
12	Karl-Lemmermann-Haus, Tageswohnung Treffpunkt
13	Ev.-luth. gemein. Betreuungsgesellschaft bmH, Petrushof Barsinghausen

B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

Von den 13 Tagesstätten und Kontaktstellen, die teilgenommen haben, hat ein Angebot die Frage nach der Gesamtanzahl der Mitarbeiter nicht beantwortet. Von den übrigen 12 Angeboten wurde eine Gesamtzahl von 66 Mitarbeitern angegeben. Ein Angebot hat keine Angaben zum Hintergrund oder zu Sprachkenntnissen ihrer Mitarbeiter gemacht. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit neun Personen einen Anteil von 14 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. Im Jahr 2007 betrug der Anteil 4 %.

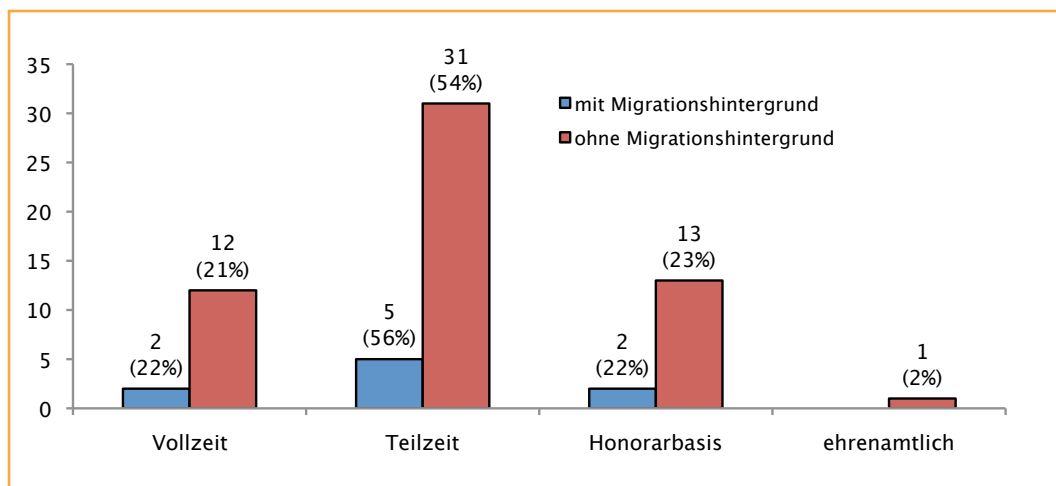
Abbildung 52: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 66)



B.2 Mitarbeiter: Herkunft der, Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang

Von den 57 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten 12 (21 %) Vollzeit, 31 (54 %) Teilzeit, 13 (23 %) auf Honorarbasis und einer (2 %) ehrenamtlich. Von den neun Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeiten zwei (22 %) Vollzeit, fünf (56 %) Teilzeit und zwei (22 %) auf Honorarbasis.

Abbildung 53: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 9; N ohne Migrationshintergrund = 57)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Ein Angebot hat die Frage nicht beantwortet. Insgesamt wurden Kenntnisse in fünf Sprachen angegeben.

Tabelle 51: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 66); Mehrfachantworten waren möglich.

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	56	85
Russisch	5	8
Französisch	5	8
Spanisch	2	3
Schwedisch	1	2

Abbildung 54 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 56 (85 %) der Mitarbeiter sprechen Englisch. Russisch und Französisch sprechen jeweils fünf (8 %), zwei (3 %) Spanisch und einer (2 %) Schwedisch.

Abbildung 54: Sprachkenntnisse (N = 66)

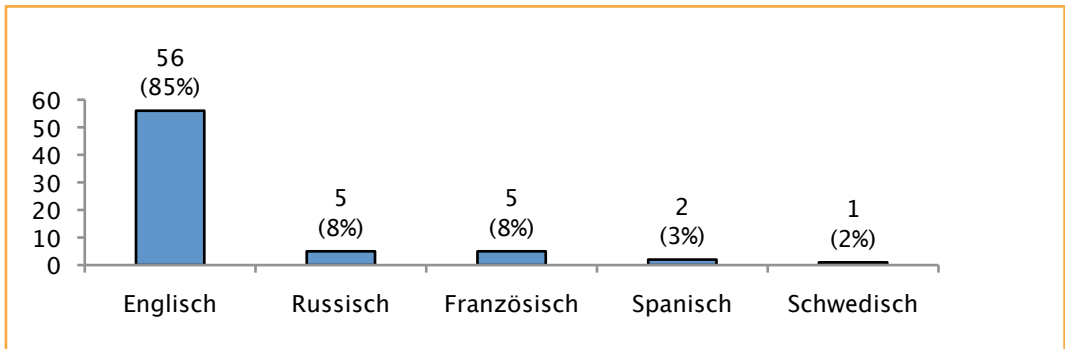
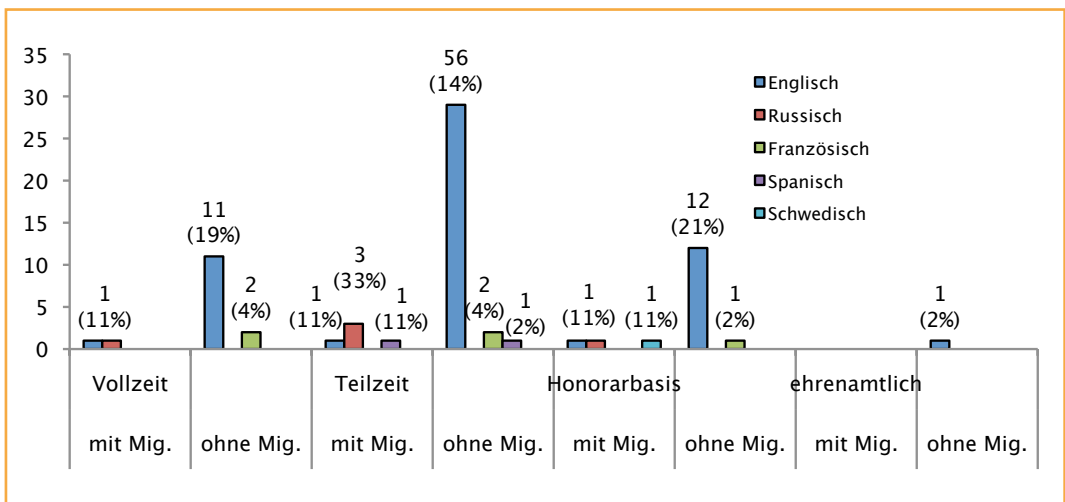


Abbildung 55 zeigt die Sprachkenntnisse der Mitarbeiter aufgeteilt nach Migrationshintergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung.

Abbildung 55: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N gesamt = 66; N mit Migrationshintergrund = 9; N ohne Migrationshintergrund = 57)

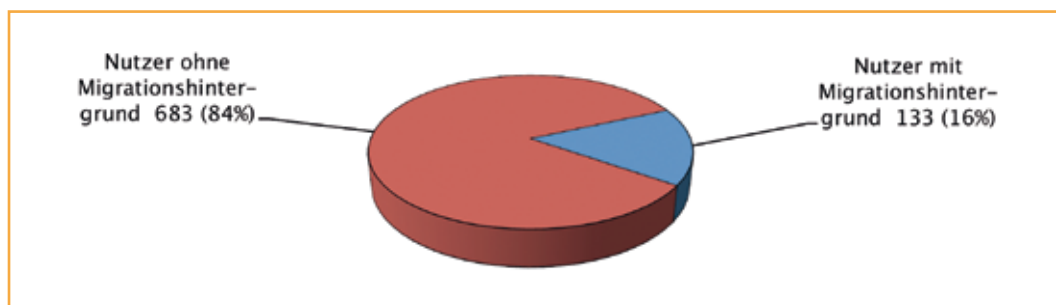


C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Zwei Angebote haben die Frage nach der Anzahl ihrer Nutzer nicht beantwortet. Die übrigen 11 Tagesstätten und Kontaktstellen haben im Jahr 2011 insgesamt 816 Nutzer versorgt. Zwei Angebote gaben an, dass ein möglicher Migrationshintergrund nicht erfasst wird. Von neun Angeboten wurden Angaben zur Herkunft der Nutzer gemacht. Demnach hatten 133 (16 %) der Nutzer einen Migrationshintergrund. In der Studie 2007 wurde bei 7 % der Nutzer ein Migrationshintergrund angegeben.

Abbildung 56: Nutzer (N = 816)



C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nicht immer genau vor. Teilweise wurden Nutzer mehreren Diagnosen zugeordnet und so doppelt gezählt. Ein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl ist nicht möglich. Ebenso kann die Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund nicht einwandfrei ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Angeboten statistisch erfasst wird. Die folgenden Berechnungen beziehen sich nur auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorliegen. Dies sind 759 Nutzer.

Die häufigste Diagnose bei den Nutzern mit Migrationshintergrund liegt mit 12 % (16) bei F2. Der Anteil der Nutzer ohne Migrationshintergrund liegt mit 33 % (205) bei F2 deutlich darüber. Bei den weiteren Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer ohne Migrationshintergrund ebenfalls über dem der Nutzer mit Migrationshintergrund. Lediglich bei den F9-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund mit 8 % (10) über dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund (1 %, 4).

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 57.1 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 57.2 bezieht sich auf die Verteilung der Diagnosen F5, F7, F8, F9, und F99.

Abbildung 57.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 132 ;
N ohne Migrationshintergrund = 627, N gesamt = 759)

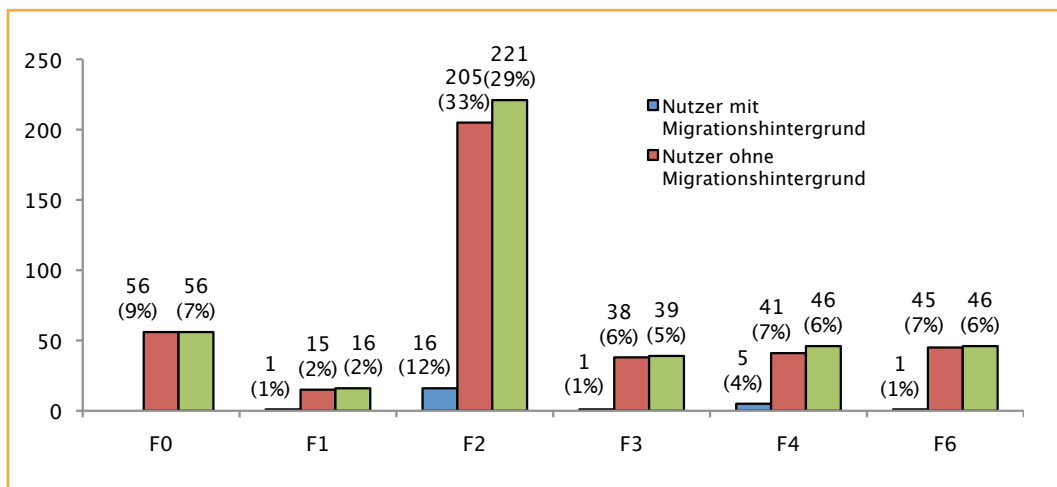
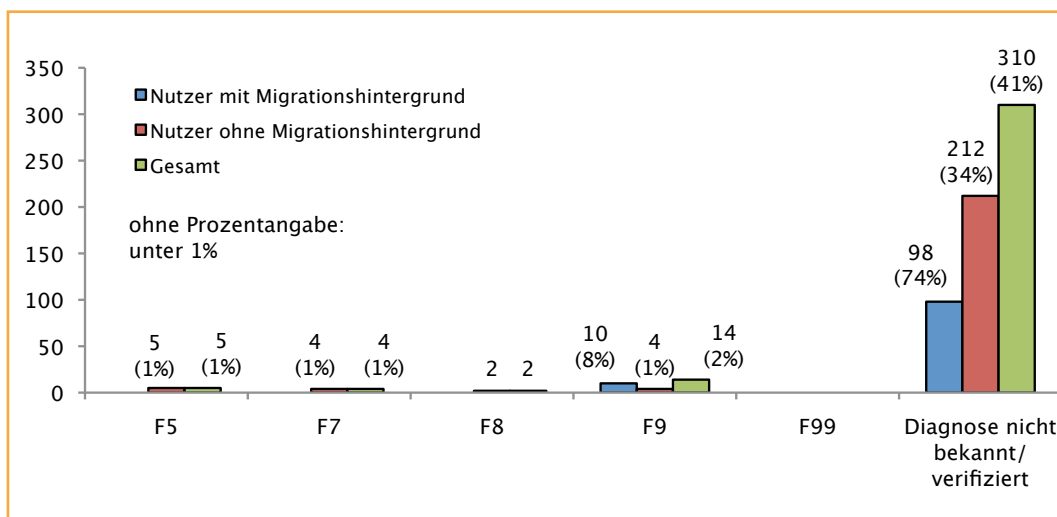


Abbildung 57.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 132;
N ohne Migrationshintergrund = 627, N gesamt = 759)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Sieben Angebote haben genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 37 Nutzer mit Migrationshintergrund, zu denen Angaben zu Herkunftsländern vorlagen.

Tabelle 52: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 37)

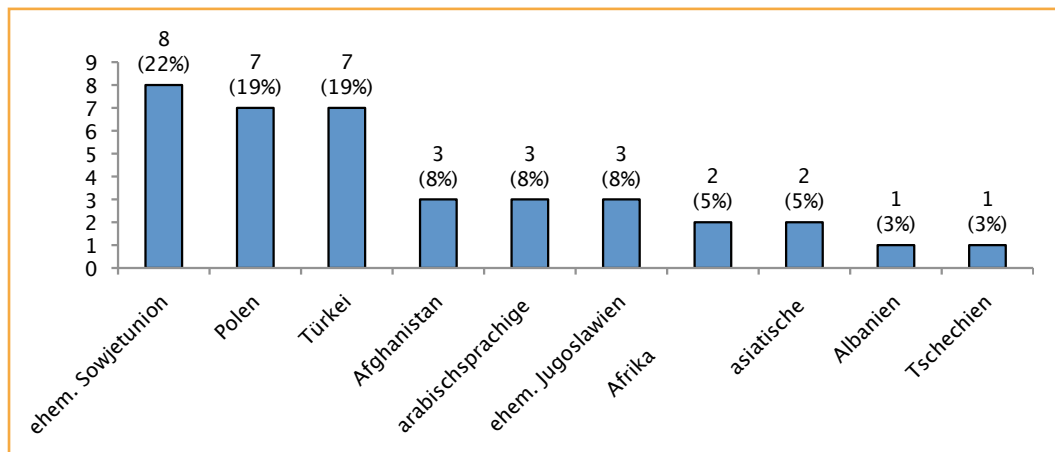
In Abbildung 58 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen mit acht

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidshan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	8	22
Polen	7	19
Türkei	7	19
Afghanistan	3	8
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	3	8
Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	3	8
Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Elfenbeinküste, Senegal, Togo, Ruanda)	2	5
Sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	2	5
Albanien, Tschechien	Jeweils 1	Jeweils 3

(22 %) Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der ehem. UDSSR. Dann folgen Nutzer aus Polen und der Türkei mit jeweils sieben (19 %), drei (8 %) Nutzer aus Afghanistan, aus arabischsprachigen Herkunftsländern sowie aus bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachigen Herkunftsländern des ehem. Jugoslawien, zwei (5 %) Nutzer aus französischsprachigen afrikanischen Ländern und aus sonstigen Herkunftsländern mit asiatischen Sprachen, ein (3%) Nutzer aus Albanien und aus Tschechien.

Abbildung 58: Herkunft der Nutzer (N = 37)

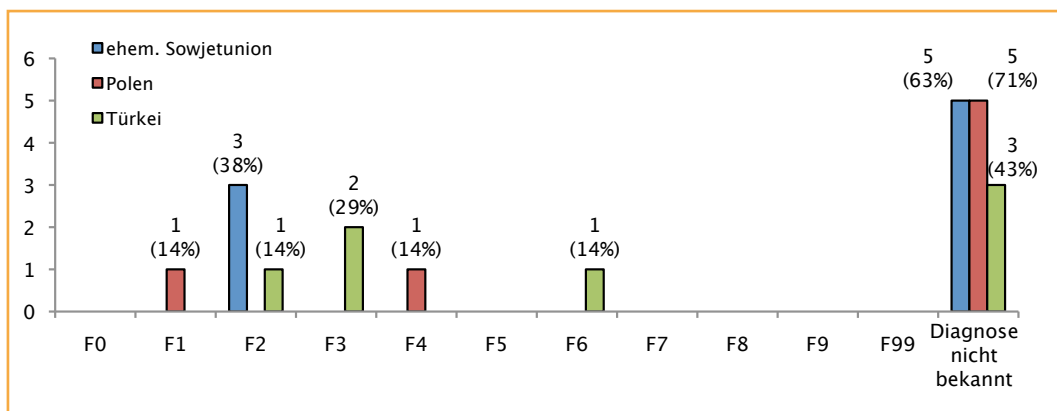
Abbildung 59 zeigt die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose für die drei größ-



ten Herkunftsregionen.

Bei den Nutzern aus der ehem. Sowjetunion ist mit 38 % (3) der Anteil bei den F2-Diagnosen am höchsten. Für die Nutzer aus der Türkei liegt der größte Anteil mit 29 % (2) bei den F3-Diagnosen. Der höchste Anteil der Nutzer aus Polen liegt mit 14 % (1) bei den F1- und F4-Diagnosen. Die Fallzahlen sind insgesamt gering. Zudem konnten für den Großteil der Nutzer, für die Informationen zur Herkunft vorlagen, aufgrund fehlender Daten keine Aussagen zu den Diagnosen getroffen werden.

Abbildung 59: Verteilung nach Diagnosen (N ehem. Sowjetunion = 8; N Polen = 7, N Türkei = 7)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema *Migration*?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle 13 Angebote haben Konzepte/Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. Im Vergleich dazu hat im Jahr 2007 keines der Angebote aus dem Bereich *Tagesstätten und Kontaktstellen* Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema *Migration* angegeben.

Mit einem Mittelwert von 2,13 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (1,38 bei migrationsspezifischen Angeboten, 0,57 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation). Fünf Angebote (38 %) beschäftigen Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen, vier (31 %) sind mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt und beschäftigen Fachkräfte mit Migrationshintergrund.

Tabelle 53: Konzepte/Projekte zum Thema *Migration* (N = 13, Mehrfachantworten möglich)

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	5	38
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	4	31
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	4	31
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	3	23
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	23
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	15
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	2	15
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	2	15
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	2	15
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	1	8
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	8
Wissens-Transfer	1	8
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	8
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	8
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	1	8
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	1	8
Präventionsangebote	1	8
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	8
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	1	8

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Acht der Angebote (62 %) erreichen Migranten über die Vermittlung durch andere Nutzer. Sechs Angebote (46 %) arbeiten mit Angehörigen sowie Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen zusammen. Neben den vorgegebenen Kategorien wurden andere Institutionen des Versorgungssystems, sonstige soziale Institutionen und gesetzliche Betreuer genannt.

Tabelle 54: Zugangswege zu Migranten (N = 13, Mehrfachantworten möglich)

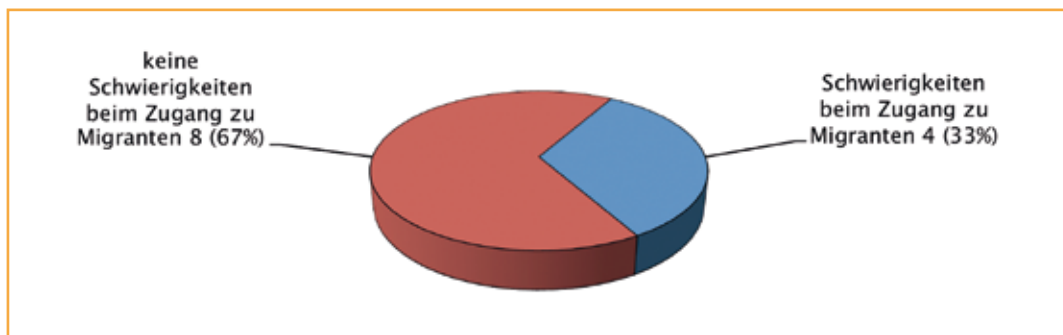
D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Vermittlung durch andere Nutzer	8	62
Zusammenarbeit mit Angehörigen	6	46
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	6	46
Telefonische Beratung	4	31
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	3	23
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	3	23
Internet	2	15
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	2	15
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	1	8
Gar nicht	1	8

beim Zugang zu Migranten? (offene Frage)

12 Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beim Zugang beantwortet. Acht (67 %) Angebote gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. Vier (33 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben. Als Hauptproblem wurden dabei Kommunikationsschwierigkeiten in Bezug auf die Sprache berichtet.

Abbildung 60: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 12)



E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Alle 13 Angebote dieses Clusters haben die Frage beantwortet. Jeweils sieben Angebote (54 %) hatten Kontakt zu Angehörigen, dem ärztlichen/fachärztlichen Bereich und Beratungsstellen. Neben den bestehenden Kategorien wurden rechtliche Betreuer und Anwälte genannt.

Tabelle 55: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 13, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Angehörige	7	54
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	7	54
Beratungsstellen	7	54
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	4	31
Klinischer Bereich	4	31
Migrationsfachdienste	3	23
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	3	23
Keine	2	15
Integrationsbeauftragte	1	8
Dolmetscherdienste	1	8

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/ mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Fünf (38 %) Angebote gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. Sieben (54 %) Angebote gaben, dass sie mit diesen nicht zusammenarbeiten, und von einem (8 %) Angebote wurde keine Aussage zu dieser Frage gemacht. Folgende Arten der Zusammenarbeit wurden angegeben: Beratung, Informationsgespräche und Austausch.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Sechs Angebote haben die Frage nach Verbesserungsbedarf nicht beantwortet. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der meiste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 3,8 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (2,5 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 2,5 bei *Vernetzung mit Migranten-Communities* und 2 bei migrationsspezifischen Angeboten). Sieben Angebote (54 %) sehen Verbesserungsbedarf bei der Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems. Jeweils sechs Angebote (46 %) sehen Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer, Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen sowie Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten. Neben den vorgegebenen Kategorien wurde die Erhöhung des Personalschlüssels genannt. Zwei Angebote (23 %) sehen keinen Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung.

Tabelle 56: Verbesserungsbedarf (N = 13, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	7	54
Wissens-Transfer	6	46
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	6	46
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	6	46
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	4	31
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	4	31
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	4	31
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	4	31
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	3	23
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	3	23
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	3	23
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	3	23
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	3	23
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	2	15
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	2	15

Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	2	15
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	2	15
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	2	15
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	2	15
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	2	15
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	15
Anpassung der Stellenprofile	1	8
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	8
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	1	8
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z.B. halal oder koscheres Essen)	1	8
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	8
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	1	8
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	8
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	1	8

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. 11 Angebote haben diese Frage beantwortet. Von einigen Angeboten wurden mehr als drei Punkte erneut ausgewählt. Fünf Angebote (45 %) sehen dringenden Verbesserungsbedarf bei Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten. Vier Angebote (36 %) sehen dringenden Bedarf beim Wissens-Transfer.

Tabelle 57: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 11, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	5	45
Wissens-Transfer	4	36
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	3	27
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	3	27
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	3	27
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	3	27
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	3	27
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	18
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	2	18
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	2	18
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	2	18
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	2	18
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	2	18
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	2	18
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	2	18
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	1	9
Anpassung der Stellenprofile	1	9
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	1	9
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	9
Migrations- und kultursensible Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	1	9
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	1	9

3.7 Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und WfbM

Von den 30 Angeboten im Bereich Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben 13 (43 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen, einige haben den Fragebogen zusammengefasst ausgefüllt. Für die Auswertung ergeben sich 12 Fälle.

Tabelle 58: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und WfbM*

Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und WfbM	
1	Arbeiterwohlfahrt (AWO) Region Hannover e. V., Integrationsfachdienst
2	Ex & Job Soziale Dienstleistungen e. V., Rehabilitation psychisch Kranker
3	Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Praxis für Ergotherapie
4	Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Bereich Sozialpsychiatrie, Ergotherapie in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List
5	STEP gGmbH, Arbeitsprojekte Beschäftigung für Langzeitarbeitslose
6	STEP gGmbH, Radstation 1+2
7	Ex & Job – Arbeit und Freizeit GmbH, Integrationsfachdienst und Berufsbegleitung
8	Ex & Job – Arbeit und Freizeit GmbH
9	Praxis für Ergotherapie Dipl.-Päd. I. Vonholt
10	IGsgMAR c/c C. v. Seckendorff
11	Z.A.R.T
12	SALO + Partner
13	Pestalozzistiftung, Werkstätten für Menschen mit Behinderung

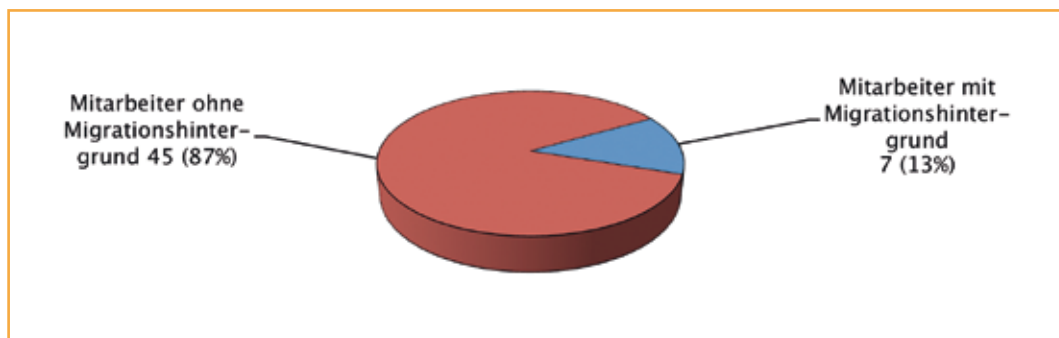
B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

Von den 12 Angeboten haben zwei Angebote die Frage nach der Gesamtanzahl der Mitarbeiter nicht beantwortet. Von den Übrigen wurde eine Gesamtzahl von 46 Mitarbeitern angegeben. Ein Angebot hat keine Angaben zum Hintergrund oder zu Sprachkenntnissen seiner Mitarbeiter gemacht. Für 52 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund haben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit sieben Personen einen Anteil von 13 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. Im Jahr 2007 betrug der Anteil 5 %.

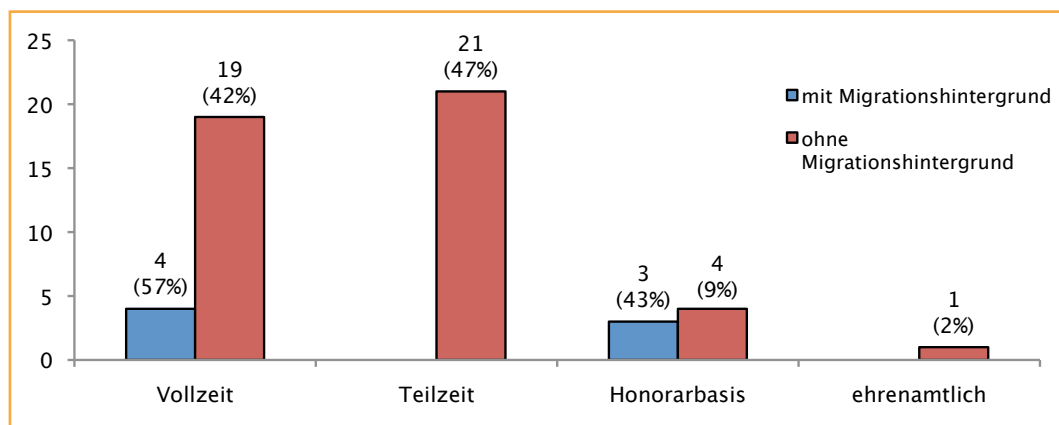
Abbildung 61: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 52)

B.2 Mitarbeiter: Herkunft, Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang



Von den 45 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten 19 (42 %) Vollzeit, 21 (47 %) Teilzeit, vier (9 %) auf Honorarbasis und einer (2 %) ehrenamtlich. Von den sieben Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeiten vier (57 %) Vollzeit und drei (43 %) auf Honorarbasis

Abbildung 62: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 7; N o. Migrationshintergrund = 45)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Ein Angebot hat diese Frage nicht beantwortet. Ein Angebot gab an, keine Kenntnisse über Sprachkenntnisse seiner Mitarbeiter zu haben. Insgesamt wurden Kenntnisse in sechs Sprachen angegeben.

Tabelle 59: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 52); Mehrfachantworten waren möglich.

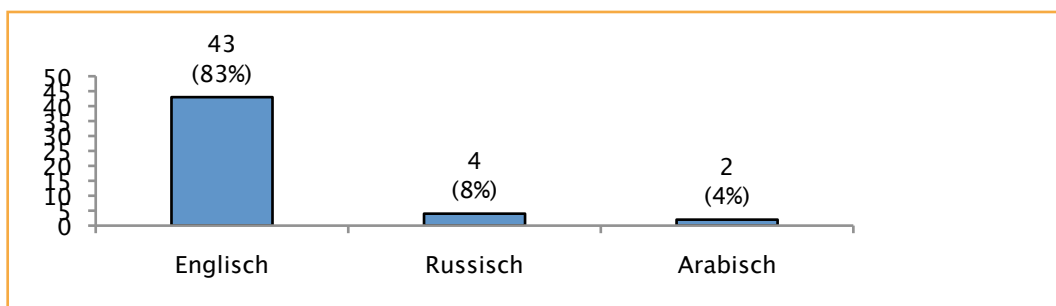
Abbildung 63 zeigt die Verteilung der häufigsten Sprachkenntnisse. 43 (83 %) der Mitarbeiter spre-

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	43	83
Russisch	4	8
Arabisch	2	4
Polnisch	1	2
Spanisch	1	2
Französisch	1	2

chen Englisch. Vier (8 %) sprechen Russisch, zwei (4 %) Arabisch und jeweils einer (2 %) Polnisch, Spanisch und Französisch.

Abbildung 63: Sprachkenntnisse (N = 52)

Abbildung 64 zeigt die häufigsten Sprachkenntnisse der Mitarbeiter, aufgeteilt nach Migrationshin-

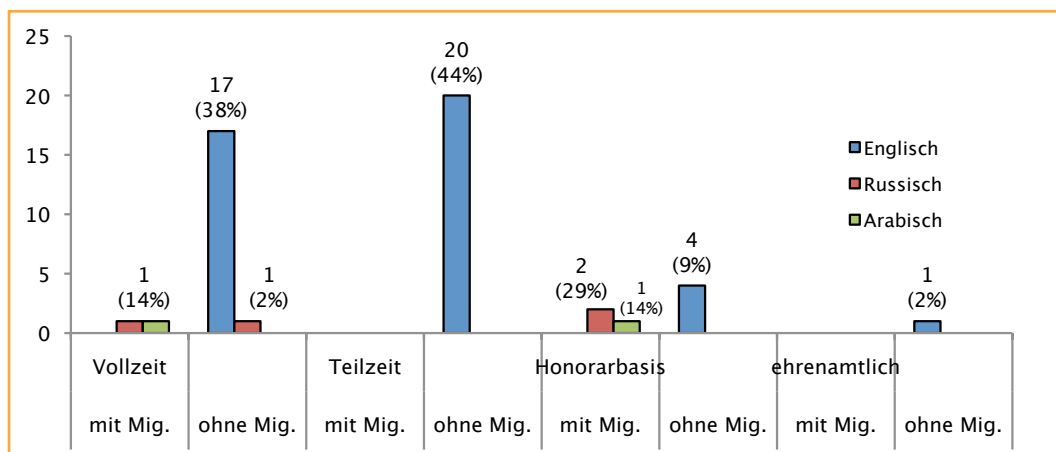


tergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung.

Abbildung 64: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N gesamt = 52;

N mit Migrationshintergrund = 7; N ohne Migrationshintergrund = 45)

C. Nutzerstruktur

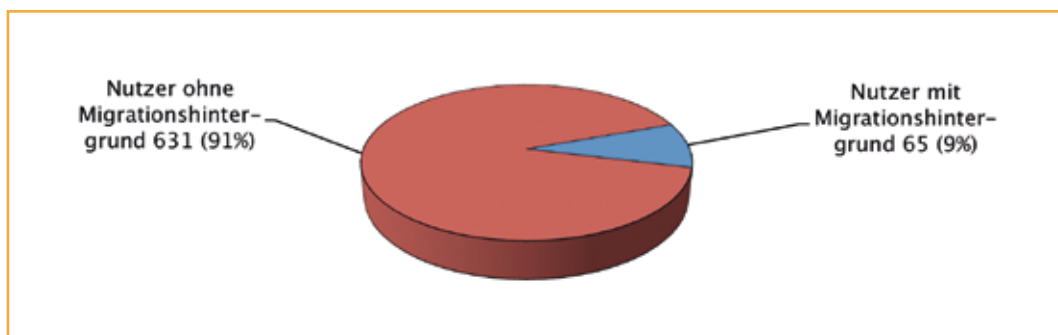


C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Neun der mit der Umfrage erfassten Angebote der Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und WfbM haben im Jahr 2011 insgesamt etwa 696 Nutzer versorgt. Drei Angebote haben keine Angabe zur Anzahl ihrer Nutzer gemacht. Von sechs Angeboten wurde eine Angabe zur Herkunft der Nutzer gemacht. Demnach hatten 65 (9 %) der Nutzer einen Migrationshintergrund. Im Jahr 2007 betrug der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund 8 %.

Abbildung 65: Nutzer (N = 696)

C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung



bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nicht immer genau vor. Teilweise wurden die Nutzer mehreren Diagnosen zugeordnet und so doppelt gezählt. Ein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl ist nicht möglich. Ebenso kann die Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund nicht einwandfrei ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Angeboten statistisch erfasst wird. Die folgenden Berechnungen beziehen sich nur auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorliegen. Dies sind 590 Nutzer.

Die Verteilung der Nutzer ohne Migrationshintergrund entspricht anteilmäßig etwa der Verteilung der gesamten Nutzer auf die Diagnosen nach ICD-10. Bei den F2-, F3- und F4-Diagnosen finden sich Abweichungen zwischen ein und zwei Prozent. Die häufigste Diagnose bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund liegt mit 23 % (120) bei F2. Der Anteil bei F3 beträgt 17 % (88), bei F4 11 % (60). Die Verteilung der Nutzer mit Migrationshintergrund unterscheidet sich von der Verteilung der Nutzer insgesamt. Der größte Anteil liegt mit 38 % (26) bei F2 deutlich über dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund bei den F2-Diagnosen. Bei den F6-Diagnosen liegt er mit 6 % (4) unter dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund (11 %, 59).

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 66.1 ist die Verteilung der Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 66.2 bezieht sich auf die Verteilung auf die Diagnosen F5, F7, F8,

F9, und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 66.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

Abbildung 66.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 68; N ohne Migrationshintergrund = 522,

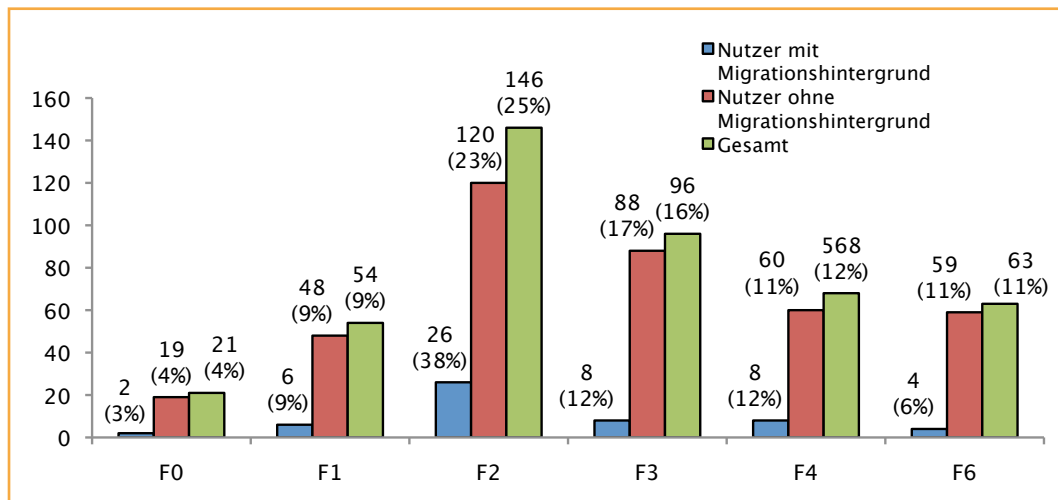
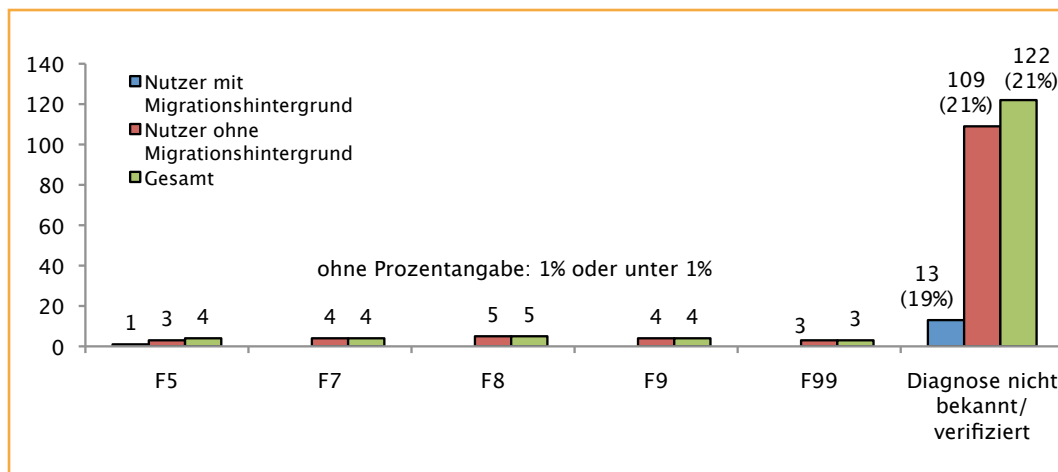


Abbildung 66.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 68; N ohne Migrationshintergrund = 522, N gesamt = 590)

C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund



Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Vier Angebote haben genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 52 Nutzer mit Migrationshintergrund, zu denen Angaben zu Herkunftsländern vorlagen.

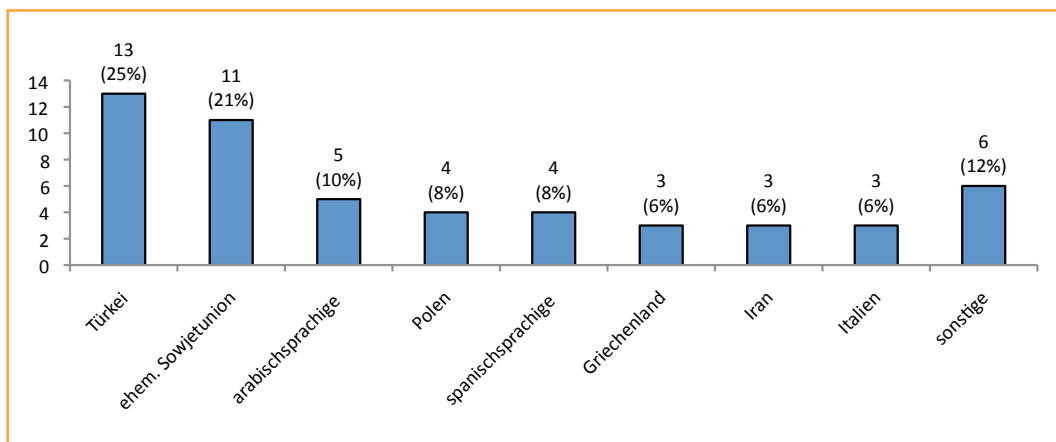
Tabelle 60: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 52)

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Türkei	13	25
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	11	21
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	5	10
Polen	4	8
Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Dominikanische Republik, Kolumbien, Kuba, Spanien, Venezuela)	4	8
Griechenland	3	6
Iran	3	6
Italien	3	6
Afghanistan	1	2
Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Elfenbeinküste, Senegal, Togo, Ruanda)	1	2
Sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	1	2
Kurdischsprachige Herkunftsländer (Irak, Iran, Syrien, Türkei)	1	2
Bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	1	2
Rumänien	1	2

In Abbildung 67 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen mit 13 (25 %) Nutzer aus der Türkei. Dann folgen Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der ehem. UDSSR (11, 21 %), Nutzer aus arabischsprachigen Herkunftsländern (5, 10 %), aus Polen (4, 15 %), Nutzer aus spanischsprachigen Herkunftsländern (4, 8 %), aus Griechenland (3, 6 %), aus dem Iran (3, 6 %) und aus Italien (3, 6 %).

Abbildung 67: Herkunft der Nutzer (N = 52)

Abbildung 68.1 und 68.2 zeigen die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose für

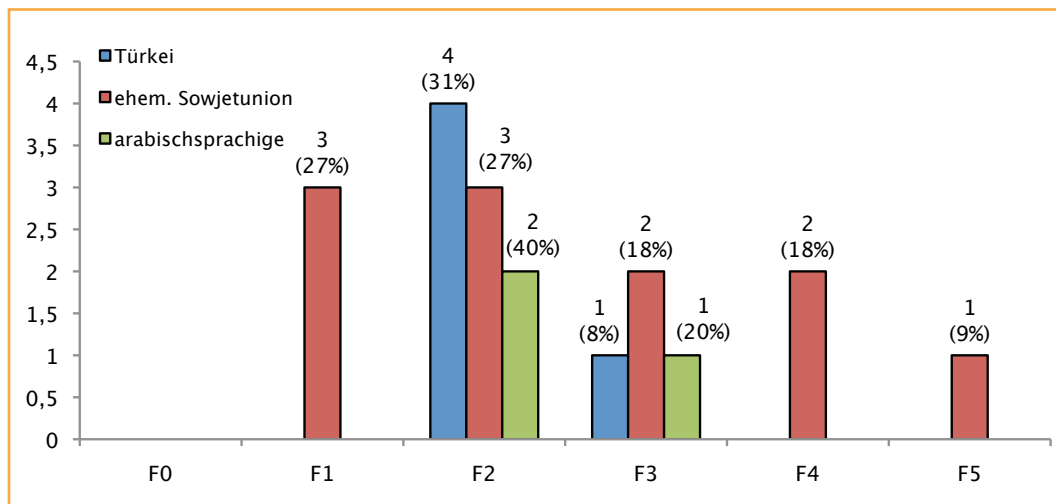


die drei größten Herkunftsregionen. Bei den Nutzern aus der Türkei ist mit 31 % (4) der Anteil bei den F2-Diagnosen am höchsten. Für die Nutzer aus der ehem. Sowjetunion liegt der größte Anteil mit 27 % (3) ebenfalls bei den F2-Diagnosen. Der höchste Anteil der Nutzer aus arabischsprachigen Herkunftsländern liegt mit 40 % (2) bei den F2- und F6-Diagnosen.

Abbildung 68.1: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose

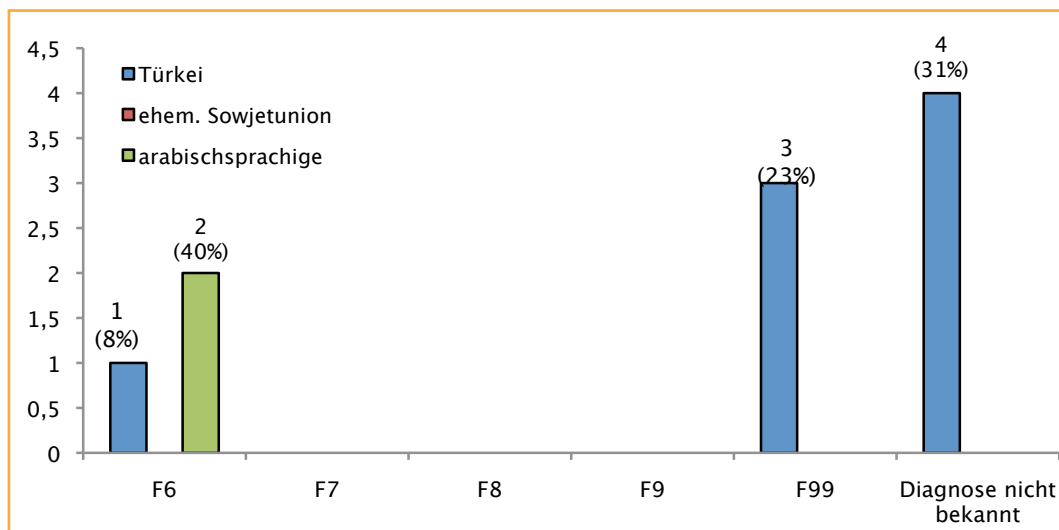
(N Türkei = 13; N ehem. Sowjetunion = 11; N arabischsprachige = 5)

Abbildung 68.2: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose



(N Türkei = 13; N ehem. Sowjetunion = 11; N arabischsprachige = 5)

D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte



D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/ Projekten zum Thema Migration ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle 12 Angebote haben Konzepte/Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. In der Studie 2007 haben fünf Angebote aus diesem Bereich teilgenommen, drei davon gaben an, über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration zu verfügen.

Mit einem Mittelwert von 3,5 wurden in dem Bereich kultur- und migrationssensible Mitarbeiter die meisten Kategorien angekreuzt (2,77 bei migrationsspezifischen Angeboten, 1,86 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation). Jeweils sechs (50 %) der Angebote gaben an, dass sie migrations- und kultursensible Beratung anbieten, mit anderen Institutionen vernetzt sind, Fachkräfte mit Migrationshintergrund und Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen beschäftigen. Neben den vorgegebenen Kategorien gaben Angebote an, dass der Träger Migrationsberatung anbiete und dass Informationsmaterial anderer Einrichtungen weitergegeben werde.

Tabelle 61: Konzepte/Projekte zum Thema Migration (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

D.2 über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	6	50
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	6	50
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	6	50

Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	6	50
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	5	42
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	5	42
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	4	33
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	4	33
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	4	33
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	4	33
Kommunikation mit Behörden (z.B. der Ausländerbehörde)	4	33
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	3	25
Wissens-Transfer	3	25
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	3	25
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	3	25
Anpassung der Stellenprofile	2	17
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	2	17
Präventionsangebote	2	17
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	1	8
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	1	8
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	1	8
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	8
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	1	8
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	1	8

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Acht (67 %) der Angebote erreichen Migranten über die Vermittlung durch andere Nutzer. Sechs (50 %) erreichen sie durch die Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen und fünf (42 %) über Fachkräfte mit Migrationshintergrund. Ein Angebot gab an, keinen Zugang zu Migranten zu haben. Zusätzlich wurden der ärztliche/fachärztliche und klinische Bereich,

das Jobcenter und betriebliche Helfer sowie Kostenträger als zuweisende Stellen angegeben.

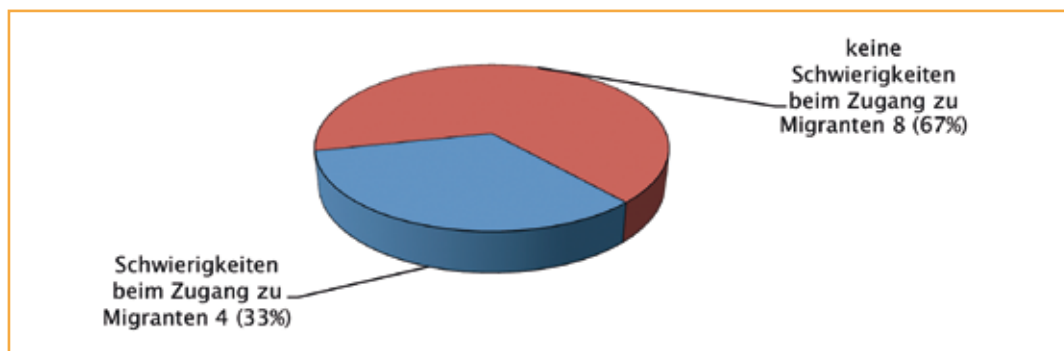
Tabelle 62: Zugangswege zu Migranten (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten? (offene Frage)

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Vermittlung durch andere Nutzer	8	67
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	6	50
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	5	42
Zusammenarbeit mit Angehörigen	4	33
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	4	33
Internet	4	33
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	3	25
Telefonische Beratung	3	25
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	1	8
Gar nicht	1	8

12 Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beim Zugang beantwortet. Acht (67 %) Angebote gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. Vier (33 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben. Als Schwierigkeiten wurden sprachliche Barrieren und unterschiedliche Krankheitskonzepte angegeben.

Abbildung 69: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 12)



E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Alle 12 Angebote dieses Clusters haben die Frage beantwortet. Neun (75 %) der Angebote haben Kontakt zu Angehörigen, acht (67 %) zu Beratungsstellen und sechs (50 %) zum ärztlichen/fachärztlichen Bereich. Ein (8 %) Angebot gab an, keinen Kontakt zu den vorgelegten Personen/Organisationen zu haben. Zusätzlich zu den vorgelegten Kategorien wurden Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens sowie Betriebe/Arbeitgeber und betriebliche Helfer genannt.

Tabelle 63: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Angehörige	9	75
Beratungsstellen	8	67
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	6	50
Migrationsfachdienste	5	42
Klinischer Bereich	5	42
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	1	8
Integrationsbeauftragte	1	8
Dolmetscherdienste	1	8

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Drei (25 %) Angebote gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. Neun (75 %) Angebote gaben, dass sie mit diesen nicht zusammenarbeiten. Folgende Arten der Zusammenarbeit wurden angegeben: Empfehlungen, Zuweisungen, Beratung und Dolmetscherdienste.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. 11 Angebote haben die Frage beantwortet. Ein Angebot hat keine Angaben gemacht. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der meiste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mit-

telwert von 3,88 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (2,33 bei *Vernetzung mit Migranten-Communities* und 1,58 bei migrations-spezifischen Angeboten, 1,33 bei der migrations-spezifischen Entwicklung der Organisation). Sieben (58 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf bei der Vernetzung mit anderen Institutionen und bei Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen. Jeweils sechs Angebote (50 %) sehen Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer, der Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten sowie Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten. Neben den vorgelegten Kategorien gaben Angebote Verbesserungsbedarf bei folgenden Punkten an: kommunale Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung für Migranten, Erlaubnis sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und Sprachförderung.

Tabelle 64: Verbesserungsbedarf (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	7	58
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	7	58
Wissens-Transfer	6	50
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	6	50
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	6	50
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	5	42
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	5	42
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	4	33
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	4	33
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	3	25
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	3	25
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	3	25
Entwicklung einer migrations-spezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	2	17
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	2	17
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	2	17
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	2	17
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	1	8
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	1	8
Präventionsangebote	1	8
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	1	8

Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	8
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	1	8

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. 10 Angebote haben Angaben gemacht. Von zwei Angeboten wurden keine Angaben gemacht. Fünf Angebote (42 %) sehen dringenden Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer. Jeweils vier Angebote (33 %) sehen dringenden Verbesserungsbedarf bei der migrations- und kultursensiblen Beratung sowie Angeboten unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund.

Tabelle 65: Dringender Verbesserungsbedarf (N =12, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	5	42
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	4	33
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	4	33
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	2	17
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	2	17
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	2	17
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	8
Präventionsangebote	1	8
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	1	8
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	1	8
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	1	8
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	1	8

3.8 Teilstationäre Behandlung, Institutsambulanzen

Von den 37 Angeboten teilstationärer Behandlung sowie Institutsambulanzen innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben 19 (51 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen, einige haben den Fragebogen zusammengefasst ausgefüllt. Für die Auswertung ergeben sich 14 Fälle.

Tabelle 66: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *Teilstationäre Behandlung, Institutsambulanzen*

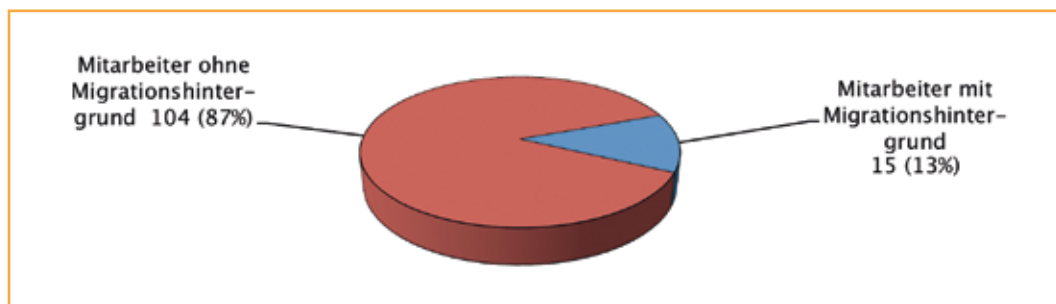
Teilstationäre Behandlung, Institutsambulanzen	
1	Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Institutsambulanz Allgemeinpsychiatrie
2	Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Institutsambulanz Suchtbehandlung
3	Klinikum Wahrenndorff, Tagesklinik Gerontopsychiatrie
4	Klinikum Wahrenndorff, Tagesklinik Lehrte Allgemeinpsychiatrie
5	Klinikum Wahrenndorff
6	Klinikum Wahrenndorff, Tagesklinik Hannover, Suchtbehandlung
7	Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Bereich Forschung und Lehre, IPAW
8	Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Sozialpsychiatrische Tagesklinik List
9	Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik List
10	Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Institutsambulanz in der Sozialpsychiatrischen Poliklinik List
11	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Tagesklinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
12	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
13	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie
14	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Forensische Institutsambulanz Psychiatrie
15	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Institutsambulanz Gerontopsychiatrie
16	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Tagesklinik Deisterstraße
17	STEP gGmbH, Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige (FAM)
18	STEP gGmbH, Tagesklinik Sucht
19	STEP gGmbH, Therapie-Schule

B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

Von den 14 Angeboten teilstationärer Behandlung sowie Institutsambulanzen haben drei Angebote die Frage nach der Gesamtanzahl der Mitarbeiter nicht beantwortet. Von den übrigen Angeboten wurde eine Gesamtzahl von 115 Mitarbeitern angegeben. Für 119 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund haben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit 15 Personen einen Anteil von 13 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. Im Jahr 2007 betrug der Anteil 6 %.

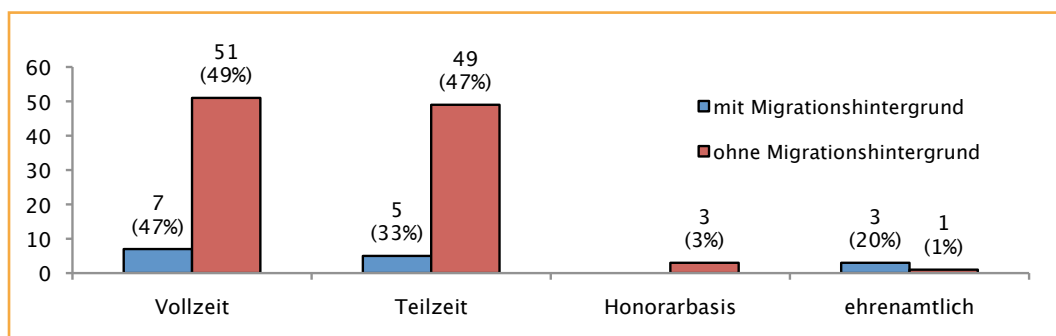
Abbildung 70: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 119)



B.2 Mitarbeiter: Herkunft, Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang

Von den 104 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten 51 (49 %) Vollzeit, 49 (47 %) Teilzeit, drei (3 %) auf Honorarbasis und einer (1 %) ehrenamtlich. Von den 15 Mitarbeitern mit Migrationshintergrund arbeiten sieben (47 %) Vollzeit, fünf (33 %) Teilzeit und drei (20 %) ehrenamtlich.

Abbildung 71: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 15; N ohne Migrationshintergrund = 104)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Ein Angebot hat diese Frage nicht beantwortet. Ein Angebot gab an, keine Kenntnisse über Sprachkenntnisse seiner Mitarbeiter zu haben. Insgesamt wurden Kenntnisse in 15 Sprachen angegeben.

Tabelle 67: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 119); Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung 72 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 75 (63 %) der Mitarbeiter spre-

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	75	63
Russisch	7	6
Spanisch	4	3
Serbokroatisch	3	3
Türkisch	3	3
Französisch	3	3
Polnisch	2	2
Italienisch	2	2
Arabisch	1	1
Niederländisch	1	1
Bulgarisch	1	1
Mazedonisch	1	1
Rumänisch	1	1
Finnisch	1	1
Norwegisch	1	1

chen Englisch. Sieben (6 %) sprechen Russisch, vier (3 %) Spanisch, jeweils 3 (3%) Serbokroatisch, Türkisch und Französisch, jeweils 2 (2 %) Polnisch und Litauisch. Die weiteren Sprachen werden von jeweils einer Person (1 %) gesprochen.

Abbildung 72: Sprachkenntnisse (N = 119)

Abbildung 73 zeigt die häufigsten Sprachkenntnisse der Mitarbeiter aufgeteilt nach Migrationshin-

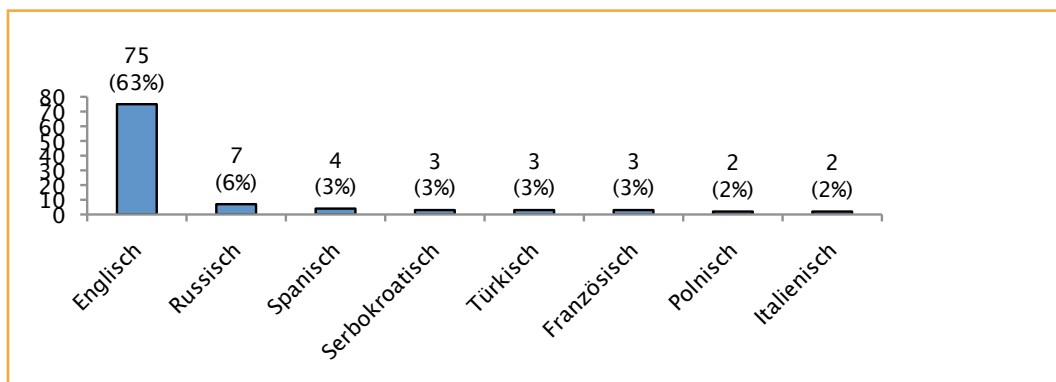
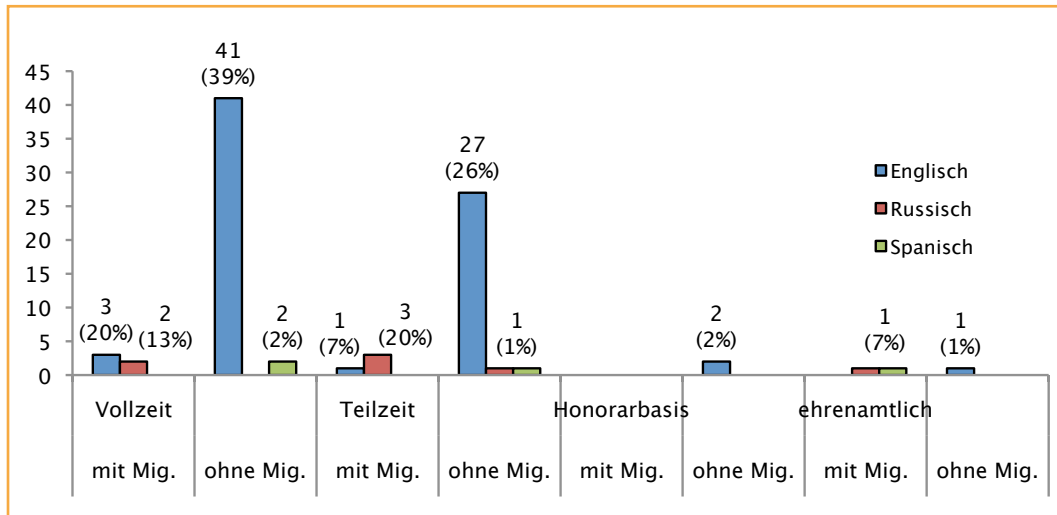


Abbildung 73 zeigt die zweithäufigsten Sprachen, die Anstellender Mitarbeiter aufgeteilt nach Migrationshintergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung.

Abbildung 73: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N gesamt = 119;

Abbildung 73: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N gesamt = 119; N mit Migrationshintergrund = 15; N ohne Migrationshintergrund = 104)



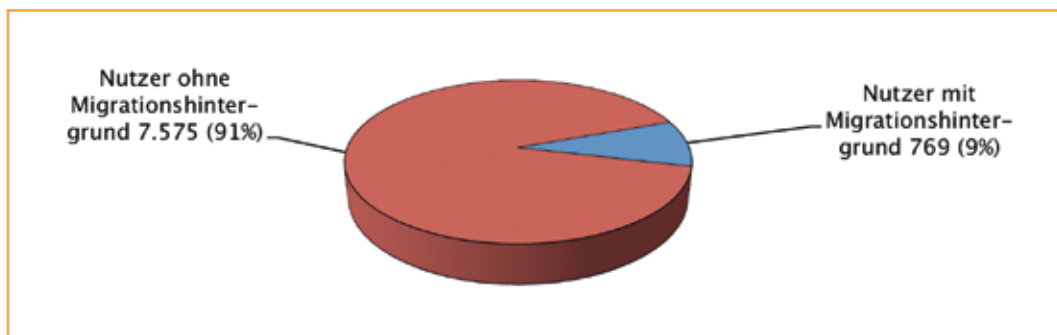
C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Die mit der Umfrage erfassten Angebote teilstationärer Behandlung sowie Institutsambulanz haben im Jahr 2011 insgesamt 8.344 Nutzer versorgt. Bei den teilstationären Behandlung Angeboten des Instituts sind keine Angaben benutzbar. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 8.344 Nutzer versorgt. (100%) der Angebote einen Migrationshintergrund. Im Jahr 2007 betrug der Anteil 15 %.

Abbildung 74: Nutzer (N = 8.344)

Abbildung 74: Nutzer (N = 8.344)



C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nicht immer genau vor. Teilweise wurden Nutzer mehreren Diagnosen zugeordnet und so doppelt gezählt. Ein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl ist nicht möglich. Ebenso kann die Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund nicht einwandfrei ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Angeboten statistisch erfasst wird. Die folgenden Berechnungen beziehen sich nur auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorliegen. Dies sind 7.369 Nutzer.

Die Verteilung der Nutzer ohne Migrationshintergrund entspricht anteilmäßig etwa der Verteilung der gesamten Nutzer auf die Diagnosen nach ICD-10. Die häufigste Diagnose bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund liegt mit 24 % (1592) bei F2. Der Anteil bei F3 beträgt 23 % (1504), bei F4 16 % (1029) und bei F6 15 % (985). Die Verteilung der Nutzer mit Migrationshintergrund unterscheidet sich von der Verteilung insgesamt. Der größte Anteil liegt mit 26 % (220) bei F2. Der Anteil bei F3 beträgt 25 % (206). Bei den F0-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund bei unter 1 %, während er bei Nutzern ohne Migrationshintergrund bei 6 % (384) liegt. Bei den F4-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund an dieser Diagnose mit 20 % (166) über dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund (16 %, 1029). Bei den F6-Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund mit 10 % (80) unter dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund (15 %, 985).

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 75.1 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 75.2 bezieht sich auf die Verteilung auf die Diagnosen F5, F7, F8, F9, und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 75.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

Abbildung 75.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 831; N ohne Migrationshintergrund = 6.538; N gesamt = 7.369)

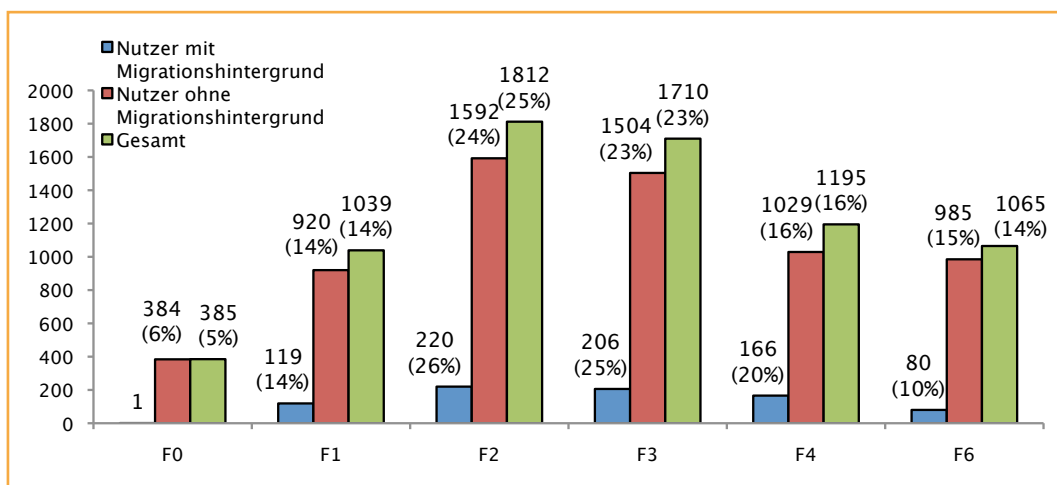
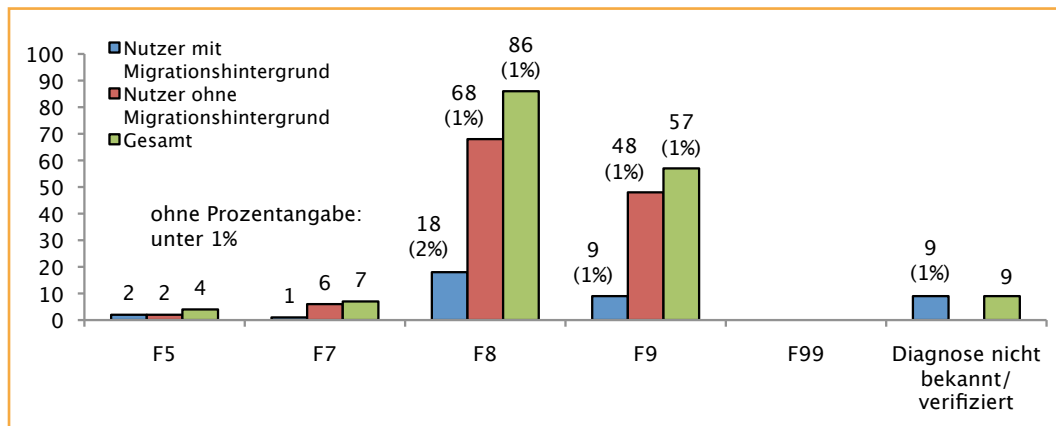


Abbildung 75.2: Verteilung nach Diagnosen Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 831; N ohne Migrationshintergrund = 6.538; N gesamt = 7.369)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Sechs Angebote haben genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht, acht Angebote geben an, dass keine differenzierten Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer vorliegen. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 211 Nutzer mit Migrationshintergrund.

Tabelle 68: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 211)

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	93	44
Türkei	41	19
Polen	24	11
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	16	8
Bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachige Herkunftsländer Ex-Jugoslawien (Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	10	5
sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	5	2
Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Kolumbien, Kuba, Spanien etc.)	5	2
Afghanistan	3	1

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Togo, Elfenbeinküste etc.)	3	1
Kurdischsprachige Herkunftsländer (Irak, Iran, Syrien, Türkei)	3	1
Iran	3	1
Griechenland	2	1
Afrika (englischsprachige Herkunftsländer: Gambia, Kenia, Nigeria etc.)	1	unter 1
Großbritannien	1	unter 1
Italien	1	unter 1

In Abbildung 76 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen mit 93 (44 %) Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der ehem. UDSSR. Dann folgen Nutzer aus der Türkei (41, 19 %), Polen (24, 11 %), arabischsprachigen Herkunftsländern (16, 8 %), bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachigen Herkunftsländern des ehem. Jugoslawien (10, 5 %), Herkunftsländern mit sonstigen asiatischen Sprachen (5, 2%), spanischsprachigen Herkunftsländern (5, 2 %) und weiteren Herkunftsländern 1 bzw. unter 1 %.

Abbildung 76: Herkunft der Nutzer (N = 211)

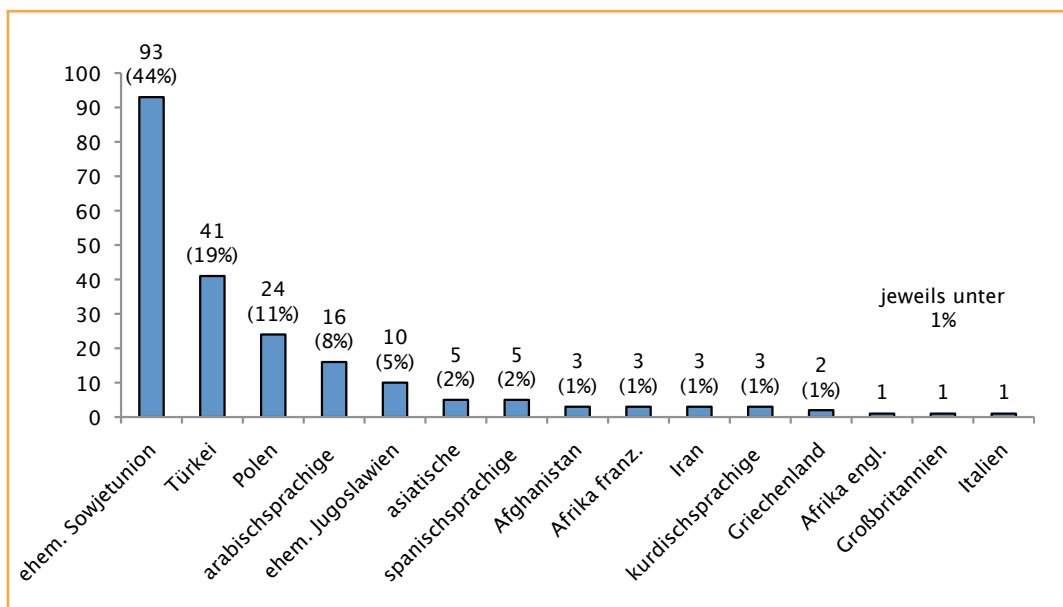
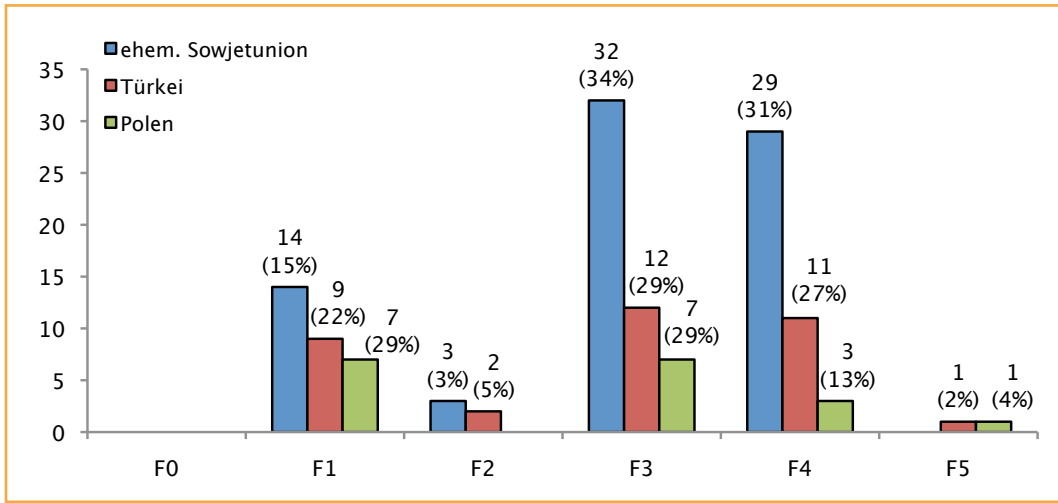


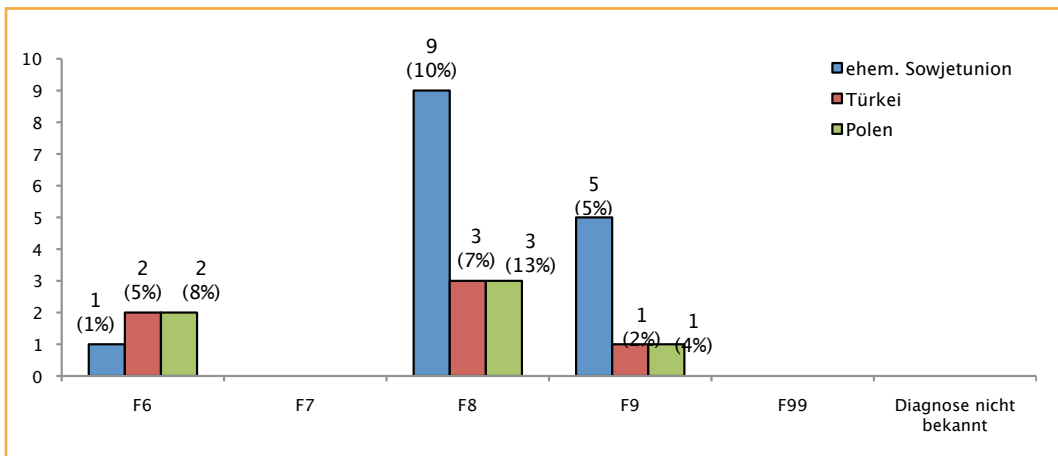
Abbildung 77.1 und 77.2 zeigen die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose für die drei größten Herkunftsregionen. Bei den Nutzern aus der ehem. Sowjetunion ist mit 34 % (32) der Anteil bei den F3-Diagnosen am höchsten. Für die Nutzer aus der Türkei liegt der größte Anteil mit 29 % (12) ebenfalls bei den F3-Diagnosen. Die höchsten Anteile der Nutzer aus Polen liegen mit jeweils 29 % (7) bei den F1- und F3-Diagnosen.

Abbildung 77.1: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose
(N ehem. Sowjetunion = 93; N Türkei = 41; N Polen = 24)

Abbildung 77.2: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose (N ehem. Sowjetunion = 93;



N Türkei = 41; N Polen = 24)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/ Projekten zum Thema Migration ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. 13 Angebote haben Konzepte/ Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. Im Jahr 2007 haben sieben Angebote dieses Versorgungsbereiches teilgenommen, von denen sechs über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration verfügten. Ein Angebot gab an, dass keine der aufgeführten Konzepte/Projekte Bestandteil des Angebots seien. Mit einem Mittelwert von 5,88 wurden in dem Bereich kultur- und migrationssensible Mitarbeiter die meisten Kategorien angekreuzt (4,54 bei mi-

grationsspezifischen Angeboten, 2,43 bei der migrationspezifischen Entwicklung der Organisation). 12 (92 %) der Angebote gaben an, dass sie routinemäßig eine Migrationsanamnese durchführen. Jeweils neun Angebote (69 %) gaben an, dass sie Bedürfnisse von Minderheitengruppen ermitteln, qualifizierte Dolmetscher einsetzen, mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt seien und Fachkräfte mit Migrationshintergrund beschäftigen.

Tabelle 69: Konzepte/Projekte zum Thema Migration (N = 13, Mehrfachantworten möglich)

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	12	92
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	9	69
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	9	69
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	9	69
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	9	69
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	8	62
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	8	62
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	8	62
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	6	46
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	5	38
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	5	38
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	5	38
Wissens-Transfer	4	31
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	4	31
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	4	31
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	3	23
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	3	23
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	3	23
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	15

Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	2	15
Kultursensible Raumeinrichtung	2	15
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	2	15
Präventionsangebote	1	8

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Acht (57 %) der Angebote erreichen Migranten über die Vermittlung durch andere Nutzer. Sieben (50 %) erreichen sie durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen und jeweils vier (29 %) durch die Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen sowie qualifizierten Dolmetschern. Als weiterer Zugangsweg wurde die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, etwa der stationären oder ambulanten Versorgung angegeben.

Tabelle 70: Zugangswege zu Migranten (N =14, Mehrfachantworten möglich)

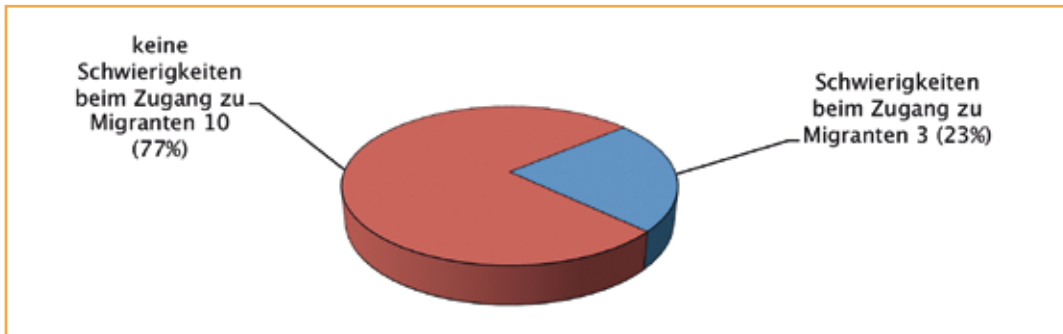
Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Vermittlung durch andere Nutzer	8	57
Zusammenarbeit mit Angehörigen	7	50
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	4	29
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	4	29
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	3	21
Internet	3	21
Telefonische Beratung	3	21
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	2	14
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	2	14
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubens-gemeinschaften etc.)	1	7

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten? (offene Frage)

13 Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beim Zugang beantwortet. Ein Angebot hat keine Angabe gemacht. Zehn (77 %) Angebote gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. Drei (23 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben. Als Schwierigkei-

ten wurden sprachliche Barrieren und fehlendes Wissen über kulturelle Unterschiede angegeben.

Abbildung 78: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 13)



E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Alle 14 Angebote dieses Clusters haben die Frage beantwortet. Zehn (71 %) der Angebote haben Kontakt zum ärztlichen/fachärztlichen Bereich. Jeweils neun (64 %) der Angebote haben Kontakt Dolmetscherdiensten und dem ärztlichen/fachärztlichen Bereich.

Tabelle 71: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 14, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Angehörige	10	71
Dolmetscherdienste	9	64
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	9	64
Klinischer Bereich	8	57
Beratungsstellen	8	57
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	4	29
Keine	3	21
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	2	14
Migrationsfachdienste	1	7

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen? Beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc. (offene Frage)

Sechs (43 %) Angebote gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. Acht (57 %) Angebote gaben an, dass sie mit diesen nicht zusammenarbeiten. Folgende Arten der Zusammenarbeit wurden angegeben: Gespräche, Inanspruchnahme von Dolmetscherdiensten, Aufbau eines Netzwerkes, Vermittlung/Weiterempfehlung sowie Zusammenarbeit im Rahmen der Sektorarbeitsgemeinschaft und nach Psych.KG.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle 14 Angebote haben die Frage nach Verbesserungsbedarf beantwortet. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der meiste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 4,25 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationsensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (3,92 bei migrationspezifischen Angeboten, 3,5 bei *Vernetzung mit Migranten-Communities* und 1,33 bei der migrationspezifischen Entwicklung der Organisation). Acht (57 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf in Bezug auf Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen. Sieben (50 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf bei Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten und sechs (43 %) bei migrations- und kultursensibler Beratung. Ein Angebot sieht keinen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Arbeit mit Migranten.

Tabelle 72: Verbesserungsbedarf (N = 14, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	8	57
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	7	50
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	6	43
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	5	36
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	5	36
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	5	36
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	5	36
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	4	29
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	4	29
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	4	29
Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent

Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	4	29
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	4	29
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	4	29
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	4	29
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	4	29
Wissens-Transfer	3	21
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	3	21
Kultursensible Raumeinrichtung	3	21
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	3	21
Präventionsangebote	3	21
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	3	21
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	3	21
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	3	21
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	2	14
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	2	14
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	2	14
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	2	14
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	2	14
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	1	7
Anpassung der Stellenprofile	1	7
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	7

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. 12 Angebote haben diese Frage beantwortet, ein Angebot hat keine Angaben gemacht und ein weiteres angegeben, dass aus seiner Sicht kein Verbesserungsbedarf bestehe. Von einigen Angeboten wurden mehr als drei Punkte erneut ausge-

wählt. Vier (33 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, sehen dringenden Verbesserungsbedarf bei migrations- und kultursensibler Beratung und Therapie sowie bei der Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote. Drei (25 %) Angebote sehen dringenden Verbesserungsbedarf bei Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten.

Tabelle 73: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 12, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	4	33
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	4	33
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	25
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	2	17
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	2	17
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	2	17
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	2	17
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	2	17
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	2	17
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	2	17
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	17
Wissens-Transfer	1	8
Anpassung der Stellenprofile	1	8
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	8
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	1	8
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	8
Kultursensible Raumeinrichtung	1	8
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	1	8
Präventionsangebote	1	8
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	1	8
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	8
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	1	8

3.9 Vollstationäre Behandlung, Kinder/Jugendliche/Erwachsene und Forensik

Von den 16 Angeboten vollstationärer Behandlung für Kinder, Jugendliche, Erwachsene sowie im Bereich der Forensik des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben neun (56 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen, einige haben den Fragebogen zusammengefasst ausgefüllt. Für die Auswertung ergeben sich sieben Fälle.

Tabelle 74: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *Vollstationäre Behandlung, Kinder/Jugendliche, Erwachsene und Forensik*

Vollstationäre Behandlung, Kinder/Jugendliche, Erwachsene und Forensik	
1	Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Aufnahmestation/AvD
2	Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Vollstationärer Entzug illegaler Drogen
3	Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Vollstationärer Entzug Alkohol und Medikamente
4	Klinikum Wahrenndorff, Klinik für Gerontopsychiatrie
5	Klinikum Wahrenndorff, Klinik für Suchtbehandlungen
6	Klinikum Wahrenndorff, Klinik für Allgemeine Psychiatrie
7	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
8	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
9	Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

B.2 Herkunft der Mitarbeiter, deren Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang ihrer Anstellung

Von den sieben Angeboten des vollstationären Bereichs hat ein Angebot die Frage nach der Gesamtanzahl der Mitarbeiter nicht beantwortet. Von den übrigen Beratungsstellen wurde eine Gesamtzahl von 619 Mitarbeitern angegeben. Drei Angebote haben keine Angaben zum Hintergrund oder Sprachkenntnissen ihrer Mitarbeiter gemacht. Ein Angebot gab an, dass es keine Kenntnisse über die Herkunft seiner Mitarbeiter hat. Für 198 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund und welche Sprachkenntnisse sie haben. Von diesen 198 Mitarbeitern haben 103 (52 %) einen Migrationshintergrund und 95 (48 %) keinen Migrationshintergrund. Werden die 103 Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in Bezug zur angegebenen Gesamtzahl gesetzt und angenommen, dass die übrigen 516 Mitarbeiter keinen Migrationshintergrund haben, ergibt sich ein Anteil von 17 % mit Migrationshintergrund. Allerdings weicht die Zahl von 198 (32%) Mitarbeitern deutlich von der angegebenen Gesamtzahl ab. Zu den restlichen 421 (68%) Mitarbeitern

liegen keine Informationen vor. Es können somit keine aussagekräftigen Angaben zur Verteilung der Mitarbeiter des vollstationären Bereichs gegeben werden. Im Jahr 2007 wurde für Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ein Anteil von 6 % an der gesamten Mitarbeiterschaft angegeben.

Sprachkenntnisse

Es wurden Kenntnisse in 14 Sprachen angegeben.

Tabelle 75: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 198); Mehrfachantworten waren möglich.

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	80	40
Russisch	12	6
Polnisch	4	2
Türkisch	4	2
Französisch	4	2
Serbokroatisch	2	1
Italienisch	2	1
Spanisch	2	1
Ungarisch	1	1
Kurdisch	1	1
Vietnamesisch	1	1
Persisch	1	1
Georgisch	1	1
Kosovoalbanisch	1	1

C. Nutzerstruktur

C.1/C.2/C.3 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund? Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die mit der Umfrage erfassten stationären Angebote haben im Jahr 2011 insgesamt etwa 9.887 Nutzer versorgt. Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nicht immer genau vor. Vier Angebote gaben an, die Herkunft der Nutzer nicht zu erfassen, ein Angebot hat die Frage nach einem möglichen Migrationshintergrund der Nutzer nicht beantwortet. Die übrigen zwei Angebote gaben für 1.804 Nutzer einen Migrationshintergrund an. In Bezug zu der Gesamtzahl der Nutzer ergäbe das einen Anteil von 18 %. Aufgrund der geringen Antwortquote bei dieser Frage sind Rückschlüsse auf den Anteil an Nutzern mit Migrationshintergrund an allen Nutzern problematisch. Die Angaben zu Diagnosen und zur Herkunft der Nutzer lagen nur unvollständig vor. Allgemeine Aussagen über die Nutzer des vollstationären Bereichs können nicht getroffen werden.

Laut der Erhebung aus dem Jahr 2007 wurde der Großteil der Nutzer (17 %) im vollstationären Bereich versorgt. Es lagen Angaben zu 16.000 Nutzern vor, von denen 2.669 (17 %) einen Migrationshintergrund hatten. In der aktuellen Studie wurden Angaben zu 9.887 Nutzern gemacht. Für 1.804 wurde ein Migrationshintergrund angegeben. Für den Bereich des Versorgungsverbundes, der 2007 die größte Inanspruchnahme durch Nutzer mit Migrationshintergrund aufwies, liegen keine aussagekräftigen Daten vor.

D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema Migration ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Zwei Angebote haben die Frage nicht beantwortet. Fünf Angebote gaben Konzepte/Projekte an. Im Jahr 2007 wurden von neun der insgesamt zehn Teilnehmer Konzepte/Projekte für Migranten angegeben. Mit einem Mittelwert von 3,38 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (3,08 bei migrationspezifischen Angeboten, 1,43 bei der migrationspezifischen Entwicklung der Organisation). Alle fünf Angebote, die diese Frage beantwortet haben, gaben folgende Konzepte/Projekte als Bestandteil ihres Angebots an: Einsatz von qualifizierten Dolmetschern, routinemäßige Migrationsanamnese, kultursensible Versorgung, migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, Angebote unter Einbezug von Angehörigen, Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems, Fachkräfte mit Migrationshintergrund, Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen. Als weiteres Konzept/Projekt wurde Therapie unter Einsatz von Dolmetschern angegeben.

Tabelle 76: Konzepte/Projekte zum Thema Migration (N = 5, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	5	100
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	5	100
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	5	100
Migrations- und kultursensible Beratung/ Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	5	100
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	5	100
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	5	100
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	5	100
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	5	100

Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	4	80
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	4	80
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	4	80
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	3	60
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	3	60
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	60
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	3	60
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	2	40
Wissens-Transfer	2	40
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	2	40
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategiepplänen	1	20
Entwicklung einer migrationspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	20
Anpassung der Stellenprofile	1	20
Kultursensible Raumeinrichtung	1	20
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	1	20
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	20
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	20

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Zwei Angebote haben die Frage nicht beantwortet. Jeweils zwei (40 %) Angebote erreichen Migranten über die Vermittlung durch andere Nutzer, die Zusammenarbeit mit Angehörigen, mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen sowie mit Selbstorganisationen von Migranten. Als sonstige Zugangswege wurden die Zuweisung durch Gerichte, fremdsprachliche Selbsthilfegruppen und Zugang im Rahmen der Sektorversorgung angegeben.

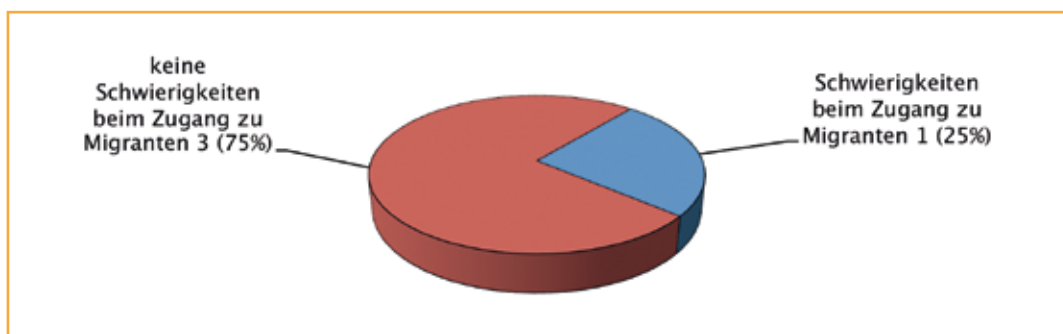
Tabelle 77: Zugangswege zu Migranten (N = 5, Mehrfachantworten möglich)

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Vermittlung durch andere Nutzer	2	40
Zusammenarbeit mit Angehörigen	2	40
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	40
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	2	40
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	1	20
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	20
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	1	20
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	1	20
Internet	1	20
Telefonische Beratung	1	20
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	1	20

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten? (offene Frage)

Vier Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beim Zugang beantwortet. Ein (25 %) Angebot gab an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. Drei (75 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben. Als Schwierigkeit wurden sprachliche Barrieren und dadurch bedingte Verständigungsprobleme angegeben.

Abbildung 79: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 4)



E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Zwei Angebote haben diese Frage nicht beantwortet. Die übrigen fünf Angebote haben Kontakt zu Angehörigen und Dolmetscherdiensten. Als weitere Kontaktpersonen wurden Anwälte angegeben.

Tabelle 78: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 5, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Angehörige	5	100
Dolmetscherdienste	5	100
Beratungsstellen	4	80
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	3	60
Migrationsfachdienste	3	60
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	3	60
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	2	40
Klinischer Bereich	2	40
Integrationsbeauftragte	1	20

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Vier Angebote (57 %) gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. Zwei (29 %) Angebote gaben, dass sie mit diesen nicht zusammenarbeiten und von zwei (29 %) Angeboten wurde keine Aussage zu dieser Frage gemacht. Folgende Arten der Zusammenarbeit wurden angegeben: Beratung, gemeinsame Planung von Therapie und Nachsorge sowie Gespräche.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Zwei Angebote haben die Frage nach Verbesserungsbedarf nicht beantwortet. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-

Fort- und Weiterbildungen sowie bei der Vernetzung mit anderen Institutionen der meiste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 1 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationsensible Mitarbeiter* sowie bei *Vernetzung mit Migranten-Communities* die meisten Kategorien angekreuzt (0,83 bei migrationspezifischen Angeboten und 0,67 bei der migrationspezifischen Entwicklung der Organisation). Drei (60 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf in Bezug auf Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten. Jeweils zwei (40 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer, routinemäßiger Migrationsanamnese, Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten, Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit sowie auf Migrationsarbeit ausgerichteter Intervention und Supervision.

Tabelle 79: Verbesserungsbedarf (N = 5, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	60
Wissens-Transfer	2	40
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	2	40
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	2	40
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	2	40
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	2	40
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	1	20
Entwicklung einer migrationspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	20
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	1	20
Kultursensible Raumeinrichtung	1	20
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	1	20
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	1	20
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	1	20
Präventionsangebote	1	20
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	20
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	1	20
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	1	20
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	20
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	1	20
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	1	20

Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	1	20
--	---	----

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. Vier Angebote haben diese Frage beantwortet, drei Angebote haben keine Angaben gemacht. Von einigen Angeboten wurden mehr als drei Punkte erneut ausgewählt. Jeweils zwei (50 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, sehen dringenden Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer, bei einer routinemäßigen Migrationsanamnese, bei der Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen, bei Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten und bei Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen.

Tabelle 80: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 5, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	2	50
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	2	50
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	2	50
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	2	50
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	50
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	25
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	25
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	1	25
Kultursensible Raumeinrichtung	1	25
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	1	25
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	1	25
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	1	25
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	25
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	25
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	1	25

3.10 Drogen- und Suchtberatungsstellen

Von den zehn Drogen- und Suchtberatungsstellen innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben neun (90 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen, einige haben den Fragebogen zusammengefasst ausgefüllt. Für die Auswertung ergeben sich sieben Fälle.

Tabelle 81: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *Drogen- und Suchtberatungsstellen*

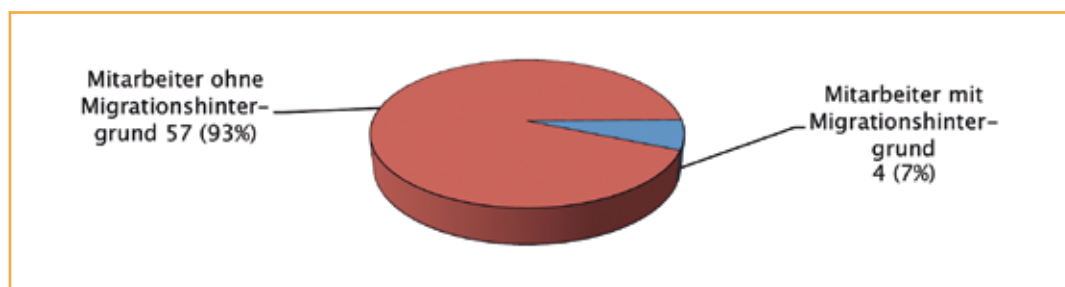
Drogen- und Suchtberatungsstellen	
1	Caritasverband Hannover e. V., Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstelle
2	Caritasverband Hannover e. V., Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstelle Garbsen/Seelze
3	Diakonisches Werk, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Prävention, Beratung, Therapie, Nachsorge und Selbsthilfe
4	Diakonisches Werk Hannover, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Suchtberatung für Frauen/Schwangere und Mütter mit Kindern
5	Diakonisches Werk e. V., Suchtberatung für wohnungslose Menschen
6	DROBEL, Drogenberatung und Substitution
7	STEP gGmbH, Jugend- und Drogenberatungszentrum (DROBS)
8	STEP gGmbH, Suchtberatung Barsinghausen und Umgebung
9	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Burgdorf

B. Mitarbeiterstruktur

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt

Die sieben Drogen- und Suchtberatungsstellen haben eine Gesamtzahl von 62 Mitarbeitern angegeben. Für 61 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund haben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit vier Personen einen Anteil von Anteil von 7 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. In der Studie 2007 wurden die Drogen- und Suchtberatungsstellen zusammen mit sonstigen Beratungsstellen betrachtet. Für diese Zusammenfassung wurde 2007 ein Anteil von 5 % (4) an Mitarbeitern mit Migrationshintergrund ermittelt.

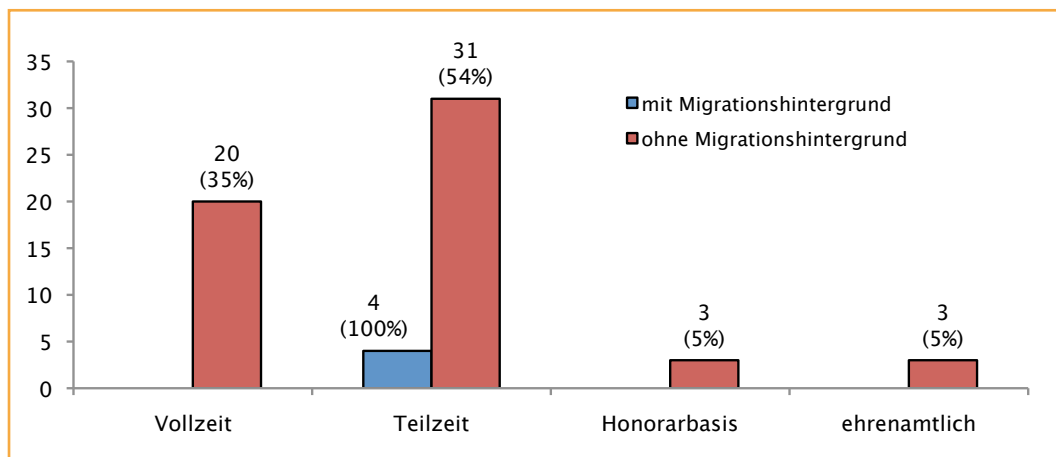
Abbildung 80: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 61)



B.2 Herkunft der Mitarbeiter, deren Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang ihrer Anstellung

Von den 57 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten 20 (35 %) Vollzeit, 31 (54 %) Teilzeit, drei (5 %) auf Honorarbasis und drei (5 %) ehrenamtlich. Die vier Mitarbeiter mit Migrationshintergrund arbeiten alle Teilzeit.

Abbildung 81: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 4; N ohne Migrationshintergrund = 57)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Zwei Angebote gaben an, keine Kenntnisse über Sprachkenntnisse der Mitarbeiter zu haben. Insgesamt wurden Kenntnisse in sechs Sprachen angegeben.

Tabelle 82: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N= 61); mehrfach Antworten waren möglich.

Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	15	25
Russisch	1	2
Polnisch	1	2
Türkisch	1	2
Italienisch	1	2
Griechisch	1	2

Abbildung 82 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 15 (25 %) der Mitarbeiter sprechen Englisch. Jeweils einer (2 %) spricht Russisch, Polnisch, Türkisch, Italienisch und Griechisch.

Abbildung 82: Sprachkenntnisse (N = 61)

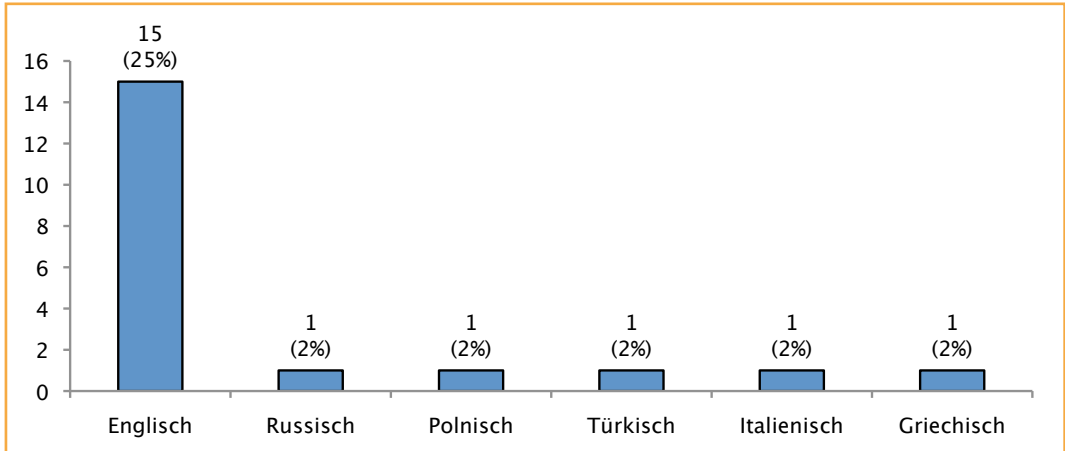
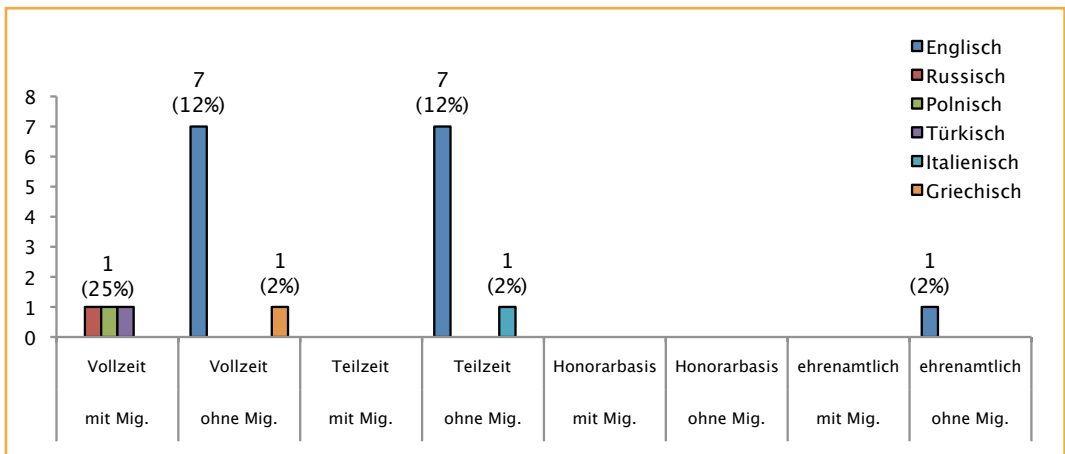


Abbildung 83 zeigt die häufigsten Sprachkenntnisse der Mitarbeiter, aufgeteilt nach Migrationshintergrund und dem jeweiligen Umfang ihrer Anstellung.

Abbildung 83: Sprachkenntnisse der Mitarbeiter (N gesamt = 61; N mit Migrationshintergrund = 4; N ohne Migrationshintergrund = 57)

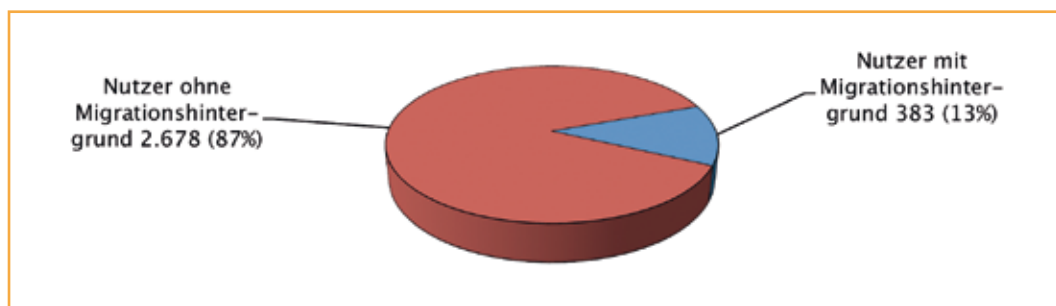


C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Die mit der Umfrage erfassten Drogen- und Suchtberatungsstellen haben im Jahr 2011 insgesamt etwa 3.061 Nutzer versorgt. Für 383 (13 %) der Nutzer wurde ein Migrationshintergrund angegeben. In der Studie 2007 wurden die Drogen- und Suchtberatungsstellen zusammen mit sonstigen Beratungsstellen betrachtet. Für diese Zusammenfassung war 2007 ein Anteil von 11 % (436) an Nutzern mit Migrationshintergrund ermittelt worden.

Abbildung 84: Nutzer (N = 3.061)



C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

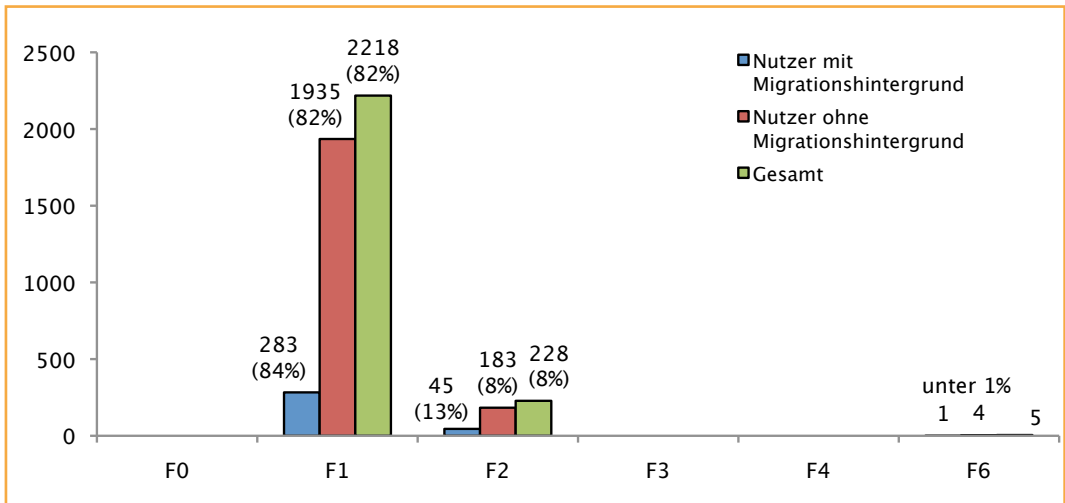
Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nicht immer genau vor. Teilweise wurden einzelne Nutzer mehreren Diagnosen zugeordnet und so doppelt gezählt. Ein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl ist nicht möglich. Ebenso kann die Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund nicht einwandfrei ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Angeboten statistisch erfasst wird. Die folgenden Berechnungen beziehen sich nur auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorliegen. Dies sind 2.696 Nutzer.

Bei dem größten Anteil der Nutzer (82 %, 2218) wurde eine F1-Diagnose diagnostiziert. Dies erklärt sich durch die inhaltliche Ausrichtung der Angebote dieses Clusters (Drogen- und Suchtberatungsstellen). Die leichten Abweichungen bei den Verteilungen nach Migrationshintergrund lassen sich durch die unterschiedlich hohe Anzahl an Personen, bei denen die Diagnose nicht bekannt/verifiziert ist, erklären.

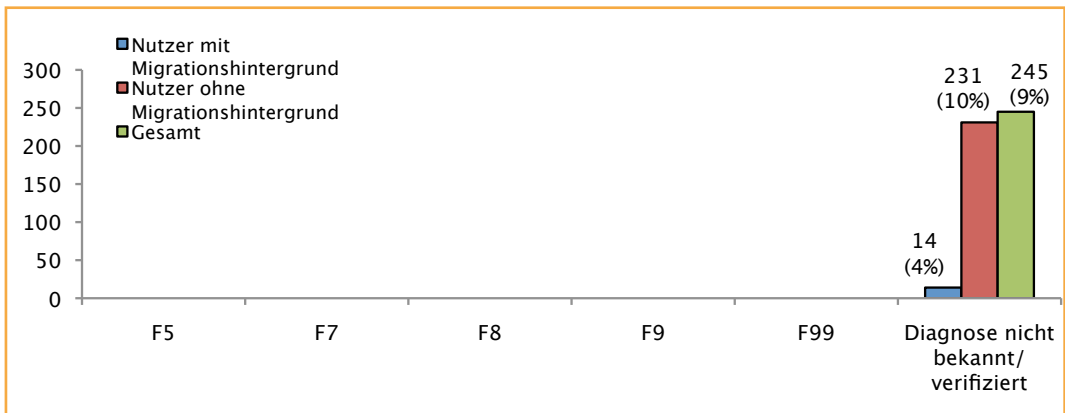
In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 85.1 ist die Verteilung auf die Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 85.2 bezieht sich auf die Verteilung auf die Diagnosen F5, F7, F8, F9, und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 85.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

Abbildung 85.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 343;
N ohne Migrationshintergrund = 2.353; N gesamt = 2.696)

Abbildung 85.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 337;



N ohne Migrationshintergrund = 2.353; N gesamt = 2.696)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund

Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Fünf Angebote haben genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 225 Nutzer mit Migrationshintergrund, zu denen Angaben zu Herkunfts-ländern vorlagen.

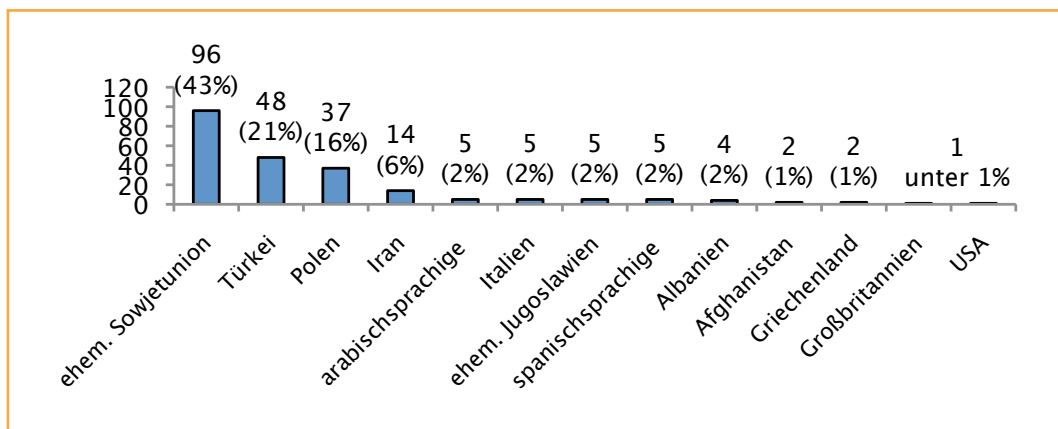
Tabelle 83: Herkunftsregionen der Nutzer (N = 225)

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidshan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	96	43
Türkei	48	21
Polen	37	16
Iran	14	6
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	5	2
Italien	5	2
Bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	5	2
Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Dominikanische Republik, Kolumbien, Kuba, Spanien, Venezuela)	5	2
Albanien	4	2
Afghanistan	2	1
Griechenland	2	1
Großbritannien, USA	Jeweils 1	Jeweils u. 1

In Abbildung 86 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen mit 96 (43 %) Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der ehem. UDSSR. Dann folgen Nutzer aus der Türkei (48, 21 %), Polen (37, 15 %), der Iran (14, 6 %), arabischsprachige Herkunftsländer (5, 2 %), Italien (5, 2 %), bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (5, 2 %), spanischsprachige Herkunftsländer (5, 2 %), Albanien (5, 2 %), Afghanistan (2, 1 %), Griechenland (2, 1 %).

Abbildung 86: Herkunft der Nutzer (N = 225)

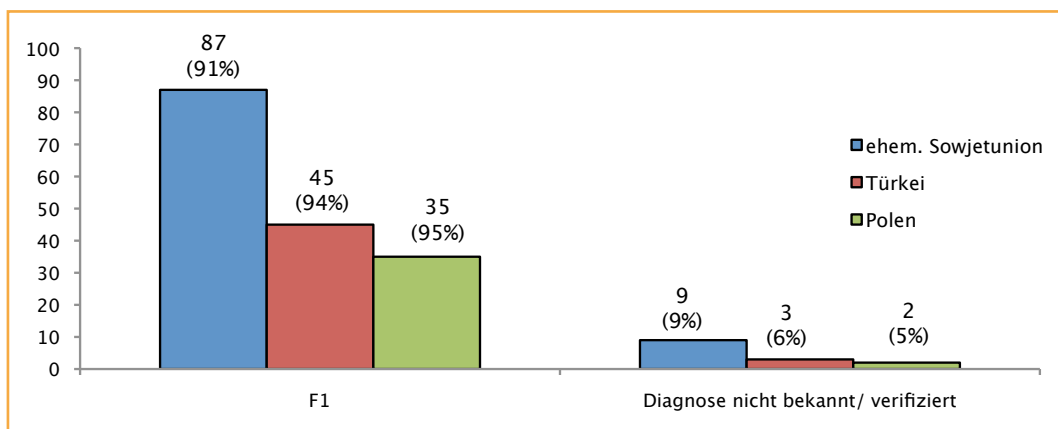
Abbildung 87 zeigt die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose für die drei größ-



ten Herkunftsregionen. Für den Großteil der Nutzer wurde eine F1-Diagnose angegeben.

Abbildung 87: Verteilung der Nutzer nach Herkunft und Diagnose

(N ehem. Sowjetunion = 96; N Türkei = 48; N Polen = 37)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema Migration?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Alle sieben Angebote haben Konzepte/Projekte aus der vorhandenen Liste angekreuzt oder sonstige Konzepte angeführt. Im Jahr 2007 hatten sechs von 11 (55 %) Beratungsstellen Konzepte/Projekte für Migranten bereitgestellt.

Mit einem Mittelwert von 2,71 wurden in dem Bereich *migrationsspezifischen Angebote* die meisten Kategorien angekreuzt (2,14 bei kultur- und migrations-sensiblen Mitarbeitern, 1 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation). Sechs (86 %) der Angebote gaben an, dass sie Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen anbieten. Fünf (71 %) Angebote sind mit anderen

Institutionen des Versorgungssystems vernetzt. Jeweils drei (43 %) der Angebote bieten migrations- und kultursensible Beratung/Therapie sowie Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten an.

Tabelle 84: Konzepte/Projekte zum Thema (N = 7, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	6	86
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	5	71
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	3	43
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	3	43
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	2	29
Wissens-Transfer	2	29
Anpassung der Stellenprofile	2	29
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	29
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	2	29
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	2	29
Präventionsangebote	2	29
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	2	29
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	2	29
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	29
Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	14
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	14
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	14
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	1	14

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Jeweils vier (57 %) der Angebote erreichen Migranten über die Vermittlung durch andere Nutzer sowie über die Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten. Jeweils drei Angebote (43 %) erreichen sie durch die Zusammenarbeit mit Angehörigen und das Internet. Ein Angebot gab an, Migranten nicht zu erreichen. Als weiterer Zugangsweg wurde die Vermittlung durch andere soziale Dienste bzw. über Einrichtungen der Suchthilfe angegeben.

Tabelle 85: Zugangswege zu Migranten (N = 7, Mehrfachantworten möglich)

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten

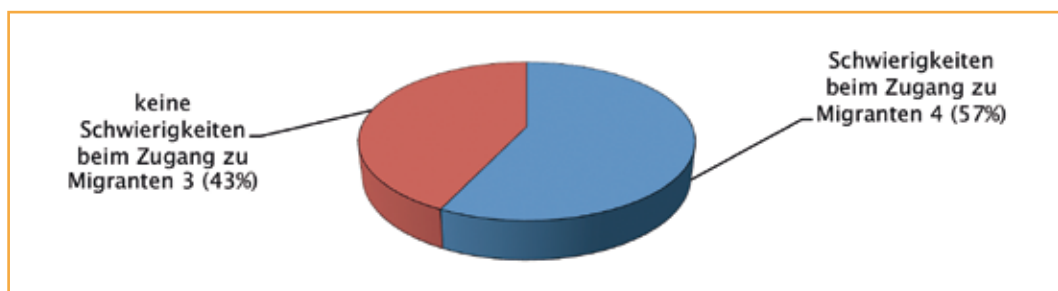
Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Vermittlung durch andere Nutzer	4	57
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	4	57
Zusammenarbeit mit Angehörigen	3	43
Internet	3	43
Telefonische Beratung	2	29
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	1	14
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	14
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	1	14
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	1	14
Gar nicht	1	14

beim Zugang zu Migranten? (offene Frage)

Alle sieben Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beim Zugang beantwortet. Vier (57 %) Angebote gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. Drei (43 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben. Als Schwierigkeiten wurden die Sprachbarriere und fehlende Kenntnisse über kulturelle Unterschiede angegeben.

Abbildung 88: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 7)

E. Vernetzung mit anderen Institutionen



E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Alle sieben Angebote dieses Clusters haben die Frage beantwortet. Sechs (86 %) der Angebote haben Kontakt zu Angehörigen. Jeweils drei (43 %) Angebote haben Kontakt zu Migrationsfachdiensten und Beratungsstellen. Ein Angebot gab an, keinen Kontakt zu den vorgelegten Stellen zu haben. Als weitere Kontakte wurden andere Beratungsstellen, ggf. mit weiteren Sprachkenntnissen, angegeben.

Tabelle 86: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 7, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Angehörige	6	86
Migrationsfachdienste	3	43
Beratungsstellen	3	43
Klinischer Bereich	2	29
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	1	14
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	1	14
keine	1	14

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Zwei (29 %) Angebote gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. Drei (43 %) Angebote gaben an, dass sie mit diesen nicht zusammenarbeiten, und von zwei (29 %) Angeboten wurde keine Aussage zu dieser Frage gemacht. Folgende Arten der Zusammenarbeit wurden angegeben: Beratung, Weitervermittlung, Therapiekette, gemeinsame Supervision mit anderen Beratungsstellen sowie die Zusammenarbeit in Arbeitskreisen zu migrationsspezifischen Themen.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der Mitarbeiterstruktur, Aus-, Fort- und Weiterbildungen der höchste Verbesserungsbedarf gesehen wird. Mit einem Mittelwert von 2 wurden in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (1,67 bei Vernetzung mit Migrant*innen-Communities, 1,38 bei migrationsspezifischen Angeboten und 1,33 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation).

Fünf (71 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf in Bezug auf Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen. Jeweils vier (57 %) der Angebote sehen Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer, Präventionsangeboten, der Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten sowie Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten.

Tabelle 87: Verbesserungsbedarf (N = 7, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	5	71
Wissens-Transfer	4	57
Präventionsangebote	4	57
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	4	57
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	4	57
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	3	43
Auf Migrationsarbeit ausgerichtetes Coaching oder kollegiale Fallberatung	3	43
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	3	43
Entwicklung einer migrationspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	2	29
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	2	29
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	2	29
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	2	29
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	2	29
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	2	29
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	2	29
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	2	29
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	2	29
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	2	29
Anpassung der Stellenprofile	1	14
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	14
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	14
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	14
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	14

Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	1	14
-------------------------------------	---	----

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. Sechs Angebote haben diese Frage beantwortet, ein Angebot hat keine Angaben gemacht. Von einigen Angeboten wurden mehr als drei Punkte erneut ausgewählt.

Vier (67 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, sehen dringenden Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer, jeweils drei (50 %) bei Präventionsangeboten und der Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten.

Tabelle 88: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 6, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Wissens-Transfer	4	67
Präventionsangebote	3	50
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	3	50
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	33
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	2	33
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	2	33
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	33
Entwicklung einer migrationspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur	1	17
Einsetzung einer Steuerungsgruppe	1	17
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	1	17
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	1	17
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	1	17
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	17
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	17
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	1	17
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	1	17
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	1	17

3.11 Sonstige Beratungsstellen, Beratungsangebote

Weitere 15 Angebote des Sozialpsychiatrischen Verbundes wurden in dem Cluster sonstige Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote zusammengefasst. Von diesen haben sieben (47 %) Angebote an der Erhebung teilgenommen.

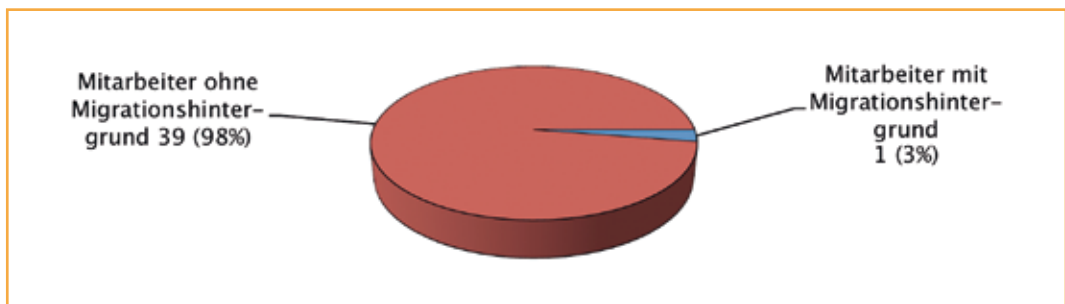
Tabella 89: Teilnehmende Einrichtungen aus dem Bereich *Sonstige Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote*

Sonstige Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote	
1	AfB e.V. Arbeitskreis der freiberuflichen Betreuer/-innen
2	BTV-Betreuungsverein der AWO Region Hannover, Gesetzliche Betreuungen, in der Region Hannover
3	Diakonisches Werk e. V., Zentrale Beratungsstelle, Kontaktladen „Mecki“
4	Winnicott Institut zur Förderung der Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen e. V.
5	Diakonischer Betreuungsverein Hannover e. V.
6	Seelhorst Stiftung, Psychosozialer/Psychiatrischer Krisendienst
7	Lebenshilfe Betreuungsverein e. V.

B. Mitarbeiterstruktur

Von den Beratungsstellen wurde eine Gesamtzahl von 70 Mitarbeitern angegeben. Ein Angebot hat keine Angaben zum Hintergrund oder Sprachkenntnissen seiner Mitarbeiter gemacht. Ein Angebot gab an, dass es keine Kenntnisse über die Herkunft seiner Mitarbeiter habe. Für 40 Mitarbeiter wurde angegeben, ob sie einen Migrationshintergrund haben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund stellen mit einer Person einen Anteil von Anteil von 3 % an der gesamten Mitarbeiterschaft. In der Studie 2007 wurden die Drogen- und Suchtberatungsstellen zusammen mit sonstigen Beratungsstellen betrachtet. Für diese Zusammenfassung war 2007 ein Anteil von 5 % (4) an Mitarbeitern mit Migrationshintergrund ermittelt worden.

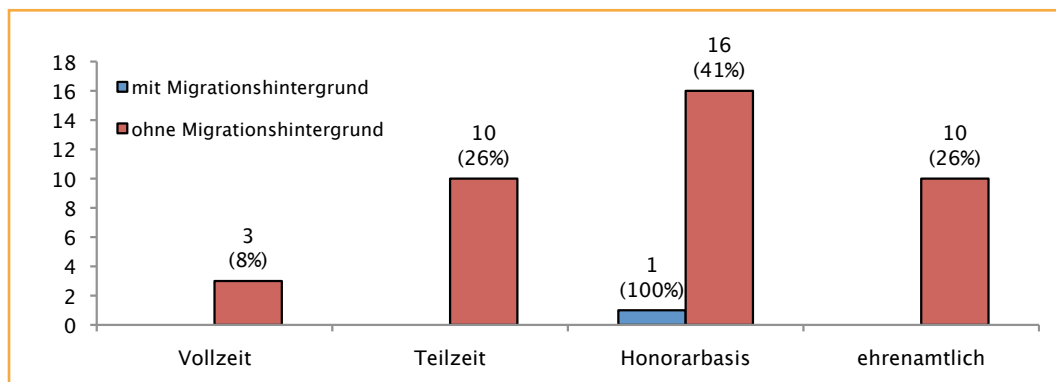
Abbildung 89: Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund (N = 40)



B.2 Herkunft der Mitarbeiter, deren Fremdsprachenkenntnisse und Stellenumfang ihrer Anstellung

Von den 39 Mitarbeitern ohne Migrationshintergrund arbeiten drei (8 %) Vollzeit, zehn (26 %) Teilzeit, 16 (41 %) auf Honorarbasis und zehn (26 %) ehrenamtlich. Der eine Mitarbeiter mit Migrationshintergrund arbeitet auf Honorarbasis.

Abbildung 90: Beschäftigungsumfang (N mit Migrationshintergrund = 1; N ohne Migrationshintergrund = 39)



Sprachkenntnisse

Neben einem möglichen Migrationshintergrund der Mitarbeiter wurden deren Sprachkenntnisse erfragt. Drei Angebote gaben an, keine Kenntnisse über Sprachkenntnisse ihrer Mitarbeiter zu haben. Insgesamt wurden Kenntnisse in sieben Sprachen angegeben.

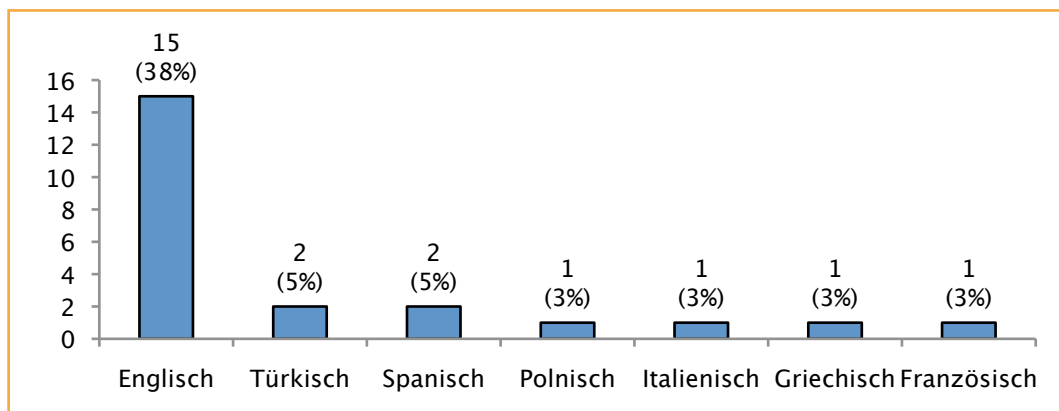
Sprache	Anzahl	Prozent
Englisch	15	38
Türkisch	2	5
Spanisch	2	5
Polnisch	1	3
Italienisch	1	3
Griechisch	1	3
Französisch	1	3

Tabelle 90: Häufigkeit von Sprachkenntnissen bei Mitarbeitern (N = 40); Mehrfachantworten waren möglich.

Abbildung 91 zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse insgesamt. 15 (38 %) der Mitarbeiter sprechen Englisch. Jeweils zwei (5 %) sprechen Türkisch und Spanisch. Jeweils einer (3 %) spricht Polnisch, Italienisch, Griechisch und Französisch.

Abbildung 91: Sprachkenntnisse (N = 40)

Die meisten Angaben zu Sprachkenntnissen wurden für die auf Honorarbasis arbeitenden Mitar-



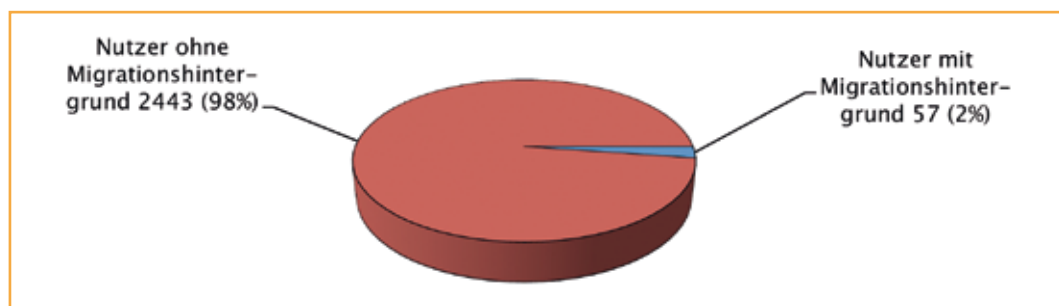
beiter gemacht. Der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund verfügt über Polnischkenntnisse, zehn (26 %) Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund sprechen Englisch, zwei (5 %) sprechen Türkisch und jeweils einer (3 %) Italienisch, Spanisch, Griechisch und Französisch.

C. Nutzerstruktur

C.1 /C.2 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt? Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund?

Die mit der Umfrage erfassten sonstigen Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote haben im Jahr 2011 insgesamt etwa 2.500 Nutzer versorgt. Von fünf Angeboten wurde eine Angabe zur Herkunft der Nutzer gemacht. Demnach hatten 57 (2 %) der Nutzer einen Migrationshintergrund. In der Studie 2007 wurden die Drogen- und Suchtberatungsstellen zusammen mit sonstigen Beratungsstellen betrachtet. Für diese Zusammenfassung war 2007 ein Anteil von 11 % (436) an Nutzern mit Migrationshintergrund ermittelt worden.

Abbildung 92: Nutzer (N = 2.500)



C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt?

Die Angaben zu Anzahl und Diagnosen der Patienten lagen nicht immer genau vor. Teilweise wurden Nutzer mehreren Diagnosen zugeordnet und so doppelt gezählt. Ein Rückschluss auf die tatsächliche Zahl ist nicht möglich. Ebenso kann die Zahl der Nutzer mit Migrationshintergrund nicht einwandfrei ermittelt werden, da diese Angabe nicht von allen Anbietern statistisch erfasst wird. Die folgenden Berechnungen beziehen sich nur auf die Nutzer, zu denen differenzierte Angaben vorliegen. Dies sind 1.432 Nutzer.

Die Verteilung der Nutzer ohne Migrationshintergrund entspricht anteilmäßig etwa der Verteilung der gesamten Nutzer auf die Diagnosen nach ICD-10. Die häufigste Diagnose bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund liegt mit 17 % (237) bei F1. Der Anteil bei F2 beträgt 12 % (161). Die Verteilung der Nutzer mit Migrationshintergrund unterscheidet sich von der Verteilung insgesamt. Der größte Anteil liegt mit 40 % (27) bei F1. Der Anteil bei F2 beträgt 27 % (18) und bei F0 16 % (11) (8 % (105) bei den Nutzern ohne Migrationshintergrund). Bei diesen Diagnosen liegt der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund deutlich über dem der Nutzer ohne Migrationshintergrund. Für 55 % (748) der Nutzer ohne Migrationshintergrund wurde angegeben, dass die Diagnose nicht bekannt/verifiziert ist.

In den folgenden Abbildungen wird die Verteilung der Nutzer auf die verschiedenen Diagnosen dargestellt. Die Prozentzahlen für die grünen Balken beziehen sich auf die Anteile an allen Nutzern. Mit den roten und blauen Balken werden die Verteilungen der Nutzer auf die Diagnosen nach Migrationshintergrund dargestellt. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Nutzer mit bzw. ohne Migrationshintergrund. In Abbildung 93.1 ist die Verteilung der Diagnosen F0, F1, F2, F3, F4 und F6 dargestellt. Abbildung 93.2 bezieht sich auf die Verteilung auf die Diagnosen F5, F7, F8, F9, und F99. Die Balkengruppe an der rechten Seite des Diagramms 93.2 bezieht sich auf Nutzer, bei denen die Diagnose nicht bekannt oder verifiziert ist.

Abbildung 93.1: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 67; N ohne Migrationshintergrund = 1.365; N gesamt = 1.432)

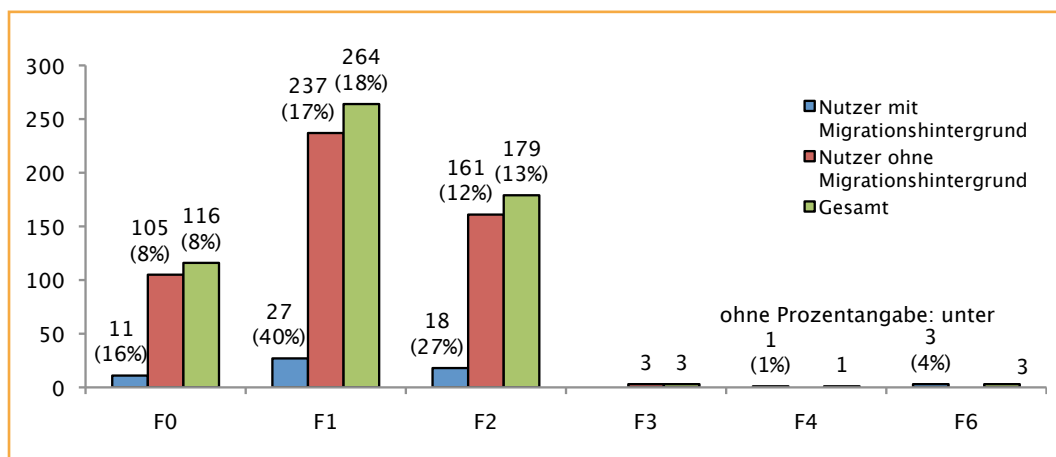
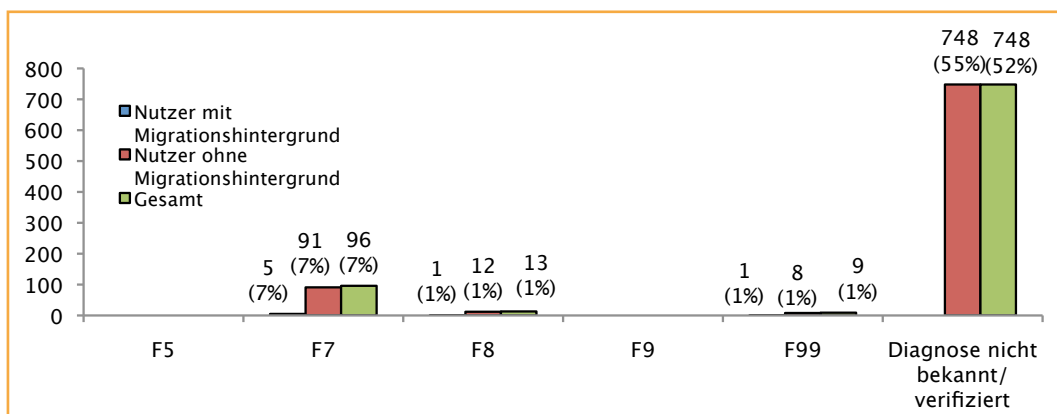


Abbildung 93.2: Verteilung nach Diagnosen (N mit Migrationshintergrund = 67; N ohne Migrationshintergrund = 1.365; N gesamt = 1.432)



C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Drei Angebote haben genauere Angaben zur Herkunft ihrer Nutzer gemacht. Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf 36 Nutzer mit Migrationshintergrund, zu denen Angaben zu Herkunftsländern vorlagen.

Tabelle 91: Herkunftsregionen der Nutzer (N= 36)

In Abbildung 94 ist die Verteilung der Nutzer grafisch dargestellt. Die größte Gruppe stellen mit 11

Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Türkei	11	31
Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)	5	14
Griechenland	4	11
Bosnisch-, kroatisch- und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien)	4	11
Sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (China, Indien, Indonesien, Pakistan, Philippinen, Sri Lanka, Thailand, Vietnam)	3	8
Arabischsprachige Herkunftsländer (Ägypten, Algerien, Eritrea, Irak, Jordanien, Libanon, Libyen, Marokko, Sudan, Syrien, Tunesien)	2	6
Italien	2	6
Kurdischsprachige Herkunftsländer (Irak, Iran, Syrien, Türkei)	2	6
Polen	2	6

Afrika (englischsprachige Herkunftsländer: Gambia, Kenia, Nigeria, Sierra Leone, Uganda)

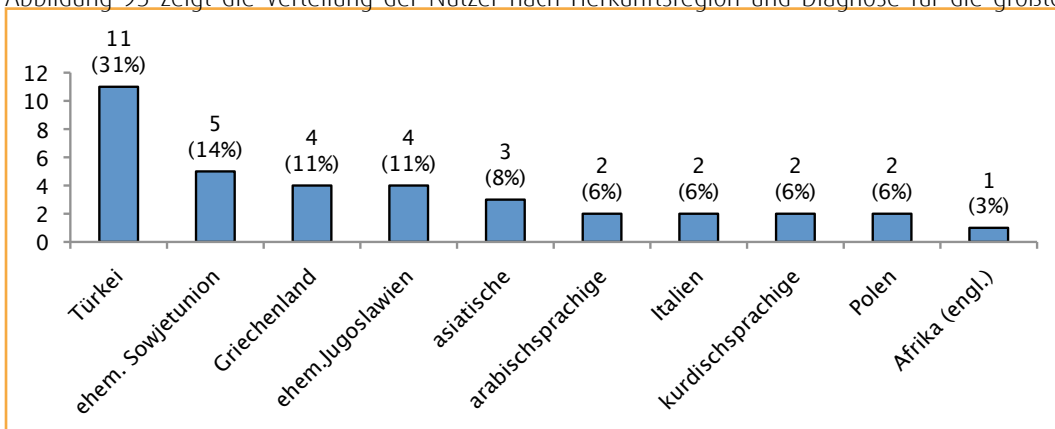
1

3

Personen (31 %) Nutzer aus der Türkei. Dann folgen Nutzer aus russischsprachigen Herkunftsländern der ehem. UDSSR (5, 14 %), Griechenland (4, 11 %), bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (4, 11 %), sonstige Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (3, 8 %), arabischsprachige (2, 6 %), Italien (2, 6 %), kurdischsprachige (2, 6 %), Polen (2, 6 %) und englischsprachige afrikanische Herkunftsländer (1, 3 %).

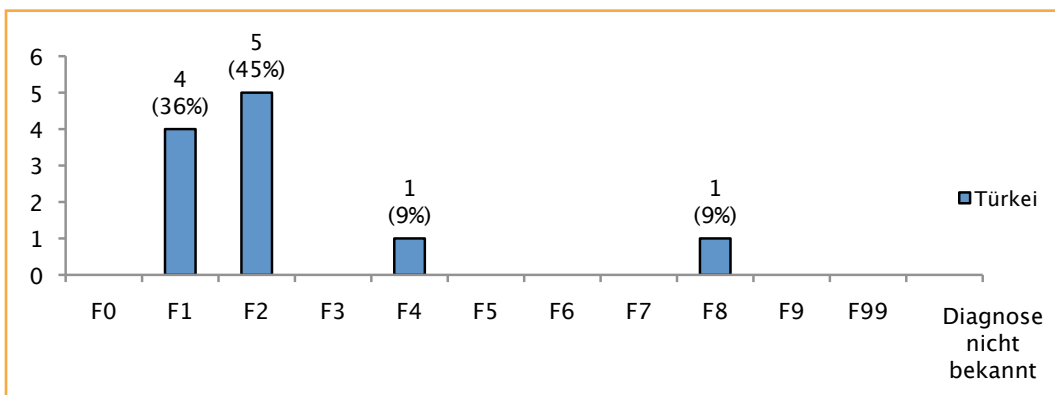
Abbildung 94: Herkunft der Nutzer (N = 36)

Abbildung 95 zeigt die Verteilung der Nutzer nach Herkunftsregion und Diagnose für die größte



Herkunftsregion, die Türkei. Bei fünf (45 %) der Nutzer wurde eine F2-Diagnose diagnostiziert, bei vier (36 %) eine F1-Diagnose und jeweils bei einem (9 %) eine F4- bzw. F8-Diagnose.

Abbildung 95: Verteilung der Nutzer nach Diagnose (N = 11)



D. Migrationsspezifische Angebote und Konzepte

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema *Migration*?

Bei dieser Frage konnte aus einer Liste von Konzepten/ Projekten zum Thema *Migration* ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Zwei (29 %) Angebote gaben an, über keines der aufgeführten Konzepte/Projekte zu verfügen. 2007 hatten sechs von 11 Beratungsstellen Konzepte/Projekte für Migranten angegeben. Mit einem Mittelwert von 1,52 wurden in der aktuellen Erhebung in dem Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter* die meisten Kategorien angekreuzt (0,71 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation, 0,62 bei migrationsspezifischen Angeboten). Jeweils drei (43 %) der Angebote gaben an, dass sie fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote durchführen und mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt sind. Als weitere Konzepte/Projekte wurden der Einsatz von Klienten als Dolmetscher sowie die Einrichtung von Postadressen angegeben.

Tabelle 92: Konzepte/Projekte zum Thema *Migration* (N = 7, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	3	43
Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems	3	43
Wissens-Transfer	2	29
Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	2	29
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	2	29
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	29
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	1	14
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	14
Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen	1	14
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	1	14
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	1	14
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	14
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	1	14
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	14
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung	1	14

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?

Die Zugangswege konnten aus einer Liste ausgewählt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Jeweils vier (57 %) der Angebote erreichen Migranten über telefonische Beratung sowie die Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten. Als weitere Zugangswege wurden offene niedrigschwellige Angebote, die Vermittlung durch Fachleute und die Zuweisung durch Gerichte angegeben.

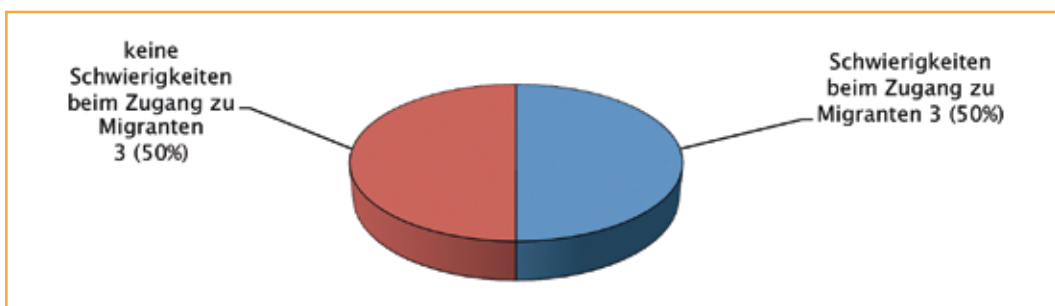
Tabelle 93: Zugangswege zu Migranten (N = 7, Mehrfachantworten möglich)

Zugangsweg	Anzahl	Prozent
Telefonische Beratung	4	57
Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten	4	57
Vermittlung durch andere Nutzer	3	43
Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen	3	43
Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen	2	29
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	2	29
Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	1	14
Zusammenarbeit mit Angehörigen	1	14
Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern	1	14
Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	1	14

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten? (offene Frage)

Sechs (86 %) Angebote haben die Frage nach Schwierigkeiten beim Zugang beantwortet. Drei (50 %) Angebote gaben an, keine Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben. Drei (50 %) Angebote gaben an, Schwierigkeiten zu haben. Als Schwierigkeiten wurden Kommunikationsprobleme mit Bezug zu Sprachkenntnissen und Wissen über kulturelle Unterschiede angegeben sowie Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme und geringe Inanspruchnahme des Angebots durch Migranten.

Abbildung 96: Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten (N = 6)



E. Vernetzung mit anderen Institutionen

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt?

Den Teilnehmern lag eine Liste mit Institutionen vor, aus denen ausgewählt werden konnte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Sechs (89 %) Angebote dieses Clusters haben die Frage beantwortet. Fünf (83 %) der Angebote haben Kontakt zu Beratungsstellen und vier (67 %) zum ärztlichen/fachärztlichen Bereich. Als weitere Personen/Organisationen wurden medizinische Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angegeben.

Tabelle 94: Kontakt mit anderen Institutionen (N = 6, Mehrfachantworten möglich)

Institution	Anzahl	Prozent
Beratungsstellen	5	83
Ärztlicher/fachärztlicher Bereich	4	67
Angehörige	3	50
Dolmetscherdienste	3	50
Klinischer Bereich	3	50
Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren	2	33
Migrationsfachdienste	2	33
Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)	1	17

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)? (offene Frage)

Fünf (71 %) Angebote gaben an, dass sie mit den unter E.1 aufgeführten Stellen zusammenarbeiten. Ein (14 %) Angebot gab, dass es mit diesen nicht zusammenarbeitet, und von einem (14 %) Angebot wurde keine Aussage zu dieser Frage gemacht. Folgende Arten der Zusammenarbeit wurden angegeben: offener, regelmäßiger Austausch und Vermittlung.

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Bei der Frage nach Verbesserungsbedarf konnten Kategorien einer Liste angekreuzt werden. Mehrfachnennungen waren möglich. Sechs Angebote haben die Frage nach Verbesserungsbedarf beantwortet. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass im Bereich der migrationsspezifischen Angeboten (1,5) der höchste Verbesserungsbedarf gesehen wird (1,33 bei Vernetzung mit Migranten-Communities, 1 bei kultur- und migrationssensible Mitarbeiter, 0,5 bei der migrationsspezifischen Entwicklung der Organisation). Drei (59 %) Angebote sehen Verbesserungsbedarf bei der Entwicklung

migrations- und kultursensibler Gruppenangebote. Zusätzlich zu den vorgegebenen Kategorien wurde Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Situation wohnungsloser Migranten mit unklarem Aufenthaltsstatus angegeben.

Tabelle 95: Verbesserungsbedarf (N = 6, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	3	50
Wissens-Transfer	2	33
Einsatz von qualifizierten Dolmetschern	2	33
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	33
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	2	33
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	2	33
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	2	33
Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit	2	33
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	2	33
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	33
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	1	17
Kultursensible Raumeinrichtung	1	17
Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)	1	17
Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)	1	17
Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund	1	17
Präventionsangebote	1	17
Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche	1	17
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	1	17
Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communities	1	17
Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen	1	17
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	17
Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen	1	17
Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent

Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten	1	17
Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision	1	17
Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.	1	17
Fachkräfte mit Migrationshintergrund	1	17

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig? (Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Bei dieser Frage konnten aus derselben Liste erneut drei Punkte ausgewählt werden, bei denen dringender Verbesserungsbedarf gesehen wurde. Vier Angebote haben diese Frage beantwortet, drei Angebote haben keine Angaben gemacht. Von einigen Angeboten wurden mehr als drei Punkte erneut ausgewählt. Drei (75 %) der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, sehen dringenden Verbesserungsbedarf beim Wissens-Transfer. Jeweils zwei (50 %) sehen ihn in fremdsprachigen Erstgesprächen und Beratungsangeboten, bei der Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote sowie bei Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen.

Tabelle 96: Dringender Verbesserungsbedarf (N = 4, Mehrfachantworten möglich)

Konzept/Projekt	Anzahl	Prozent
Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers	3	75
Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote	2	50
Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote	2	50
Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen	2	50
Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema Migration	1	25
Wissens-Transfer	1	25
Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)	1	25
Präventionsangebote	1	25
Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen	1	25
Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen	1	25
Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten	1	25
Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)	1	25

3.12 Zusammenfassung der Ergebnisse des quantitativen Teils

Im Folgenden werden die Ergebnisse des quantitativen Teils noch einmal kompakt dargestellt und besonders aussagekräftige Punkte hervorgehoben.

Mitarbeiterstruktur

Insgesamt wurde von den Teilnehmern eine Gesamtzahl von 1.154 Mitarbeitern angegeben. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund machen einen Anteil von 23 % aus. Laut der Studie aus dem Jahr 2007 betrug der Anteil im Jahr 2007 9 %. Der Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ist also deutlich angestiegen und gleicht dem Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung der Region Hannover (22,7 %). Allerdings schwanken die Anteile zwischen den unterschiedlichen Angebotsformen deutlich. Den größten Anteil machen Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration aus (84 %). Die niedrigsten Anteile wurden für die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (4 %) und die Drogen- und Suchtberatungsstellen (7 %) angegeben. Die Mehrzahl aller Mitarbeiter arbeitet in Voll- oder Teilzeit. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund arbeiten anteilmäßig weniger auf Honorarbasis (7 %) als Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund (16 %).

Die Anteile der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zu 2007 bei den meisten Angebotsformen gestiegen. Bei den Tagesstätten und Kontaktstellen stieg er um 10 %, bei Integrationsfirmen, Reha, Ergotherapie und WfbM stieg er um 8 %. Bei den Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration ist der Anteil um 10 % gesunken.

Die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Verbundes verfügen insgesamt über eine Vielzahl von Sprachkenntnissen. Englischkenntnisse wurden am häufigsten angegeben.

Ein Vergleich der Herkunftssprachen der Nutzer mit Sprachkenntnissen der Mitarbeiter zeigt, dass eine Erweiterung der Fachkräfte mit Sprachkenntnissen bzw. des Dolmetscherservice nötig ist. Es werden die Anteile aller Mitarbeiter und die Anteile der Nutzer mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregion verglichen. Aus diesem Vergleich lassen sich keine konkreten Bedarfszahlen ableiten, weil nur die Herkunft und nicht die Sprachkenntnisse der Nutzer erhoben wurden. Es kann nur auf die Muttersprache der Nutzer geschlossen werden. Gleichzeitig wird eine Diskrepanz zwischen den Sprachkenntnissen der Mitarbeiter und den Muttersprachen der Nutzer deutlich. Zudem wurde die Sprachbarriere häufig als Schwierigkeit beim Zugang zu Migranten angegeben.

Tabelle 97: Vergleich Sprachkenntnisse der Mitarbeiter/Herkunft der Nutzer

Sprachkenntnisse Mitarbeiter	Anteil der Nutzer
Russisch (9 %)	Russischsprachige Herkunftsländer der ehem. UDSSR (Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland) (27 %)
Polnisch (4 %)	Nutzer aus Polen (12 %)
Türkisch (3 %)	Nutzer aus der Türkei (26 %)

Sprachkenntnisse Mitarbeiter	Anteil der Nutzer
Französisch (2 %)	Afrika (französischsprachige Herkunftsländer: Benin, Elfenbeinküste, Senegal, Togo, Ruanda) (2 %), Frankreich unt. 1 %
Spanisch (2 %)	Spanischsprachige Herkunftsländer (Bolivien, Dominikanische Republik, Kolumbien, Kuba, Spanien, Venezuela) (2 %)
Serbokroatisch (2 %)	Bosnisch-, kroatisch-, und serbischsprachige Herkunftsländer des ehem. Jugoslawien (Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Slowenien) (7 %)
Italienisch (1 %)	Nutzer aus Italien (2 %)
Griechisch (1 %)	Nutzer aus Griechenland (2 %)

Die weiteren Sprachen werden jeweils von unter 1 % der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Verbundes gesprochen. Dazu gehören auch Arabisch und Persisch, während die Nutzer aus arabischsprachigen Herkunftsländern 5 % und Nutzer aus dem Iran 3 % der Nutzer mit Migrationshintergrund ausmachen.

Nutzerstruktur

Von den Teilnehmern der Erhebung wurde für das Jahr 2011 eine Gesamtzahl von 37.729 Nutzern angegeben. Für 14 % der Nutzer wurde ein Migrationshintergrund angegeben. In der Studie aus dem Jahr 2007 wurde ein Anteil von 16 % ermittelt. Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung der Region Hannover insgesamt beträgt 22,7 %. Gemäß ihrer Ausrichtung machen Nutzer mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen mit Schwerpunkt Migration 95 % der Nutzer aus. Für die übrigen Kategorien liegt der Anteil zwischen 8-13 % und damit unter dem Anteil an der Gesamtbevölkerung. Zu dem vollstationären Bereich, in dem in der Studie 2007 der größte Anteil an Nutzern mit Migrationshintergrund ermittelt wurde, wurden wenige Angaben zu Nutzern gemacht.

Von einigen Angeboten wurde angegeben, dass diese Informationen nicht statistisch erhoben, sondern erst in der Anamnese erfasst würden. Für eine bedarfsgerechte Gestaltung dieses Versorgungsbereichs können statistische Werte von Bedeutung sein. Die Anteile der Nutzer haben sich in den einzelnen Bereichen leicht erhöht. Die höchste Steigerung liegt bei den Tagesstätten und Kontaktstellen. Der Anteil hat sich von sieben auf 16 % erhöht. Im teilstationären Bereich ist der Anteil von 15 % auf neun Prozent gesunken.

Die folgenden Abbildungen zeigen die Verteilung der Nutzer mit und ohne Migrationshintergrund auf die verschiedenen Angebotsformen im Jahr 2007 und aktuell.

Abbildung 97.1: Verteilung der Nutzer auf die Angebotsformen 2007 (N Nutzer mit Migrationshintergrund=5.613; N Nutzer ohne Migrationshintergrund=30.494)

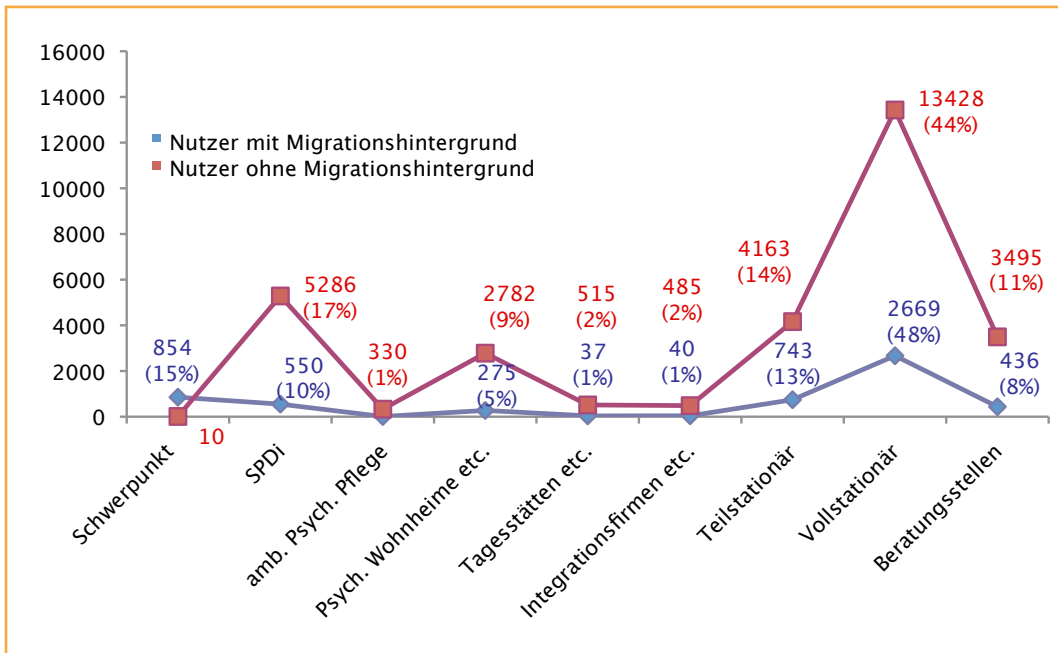
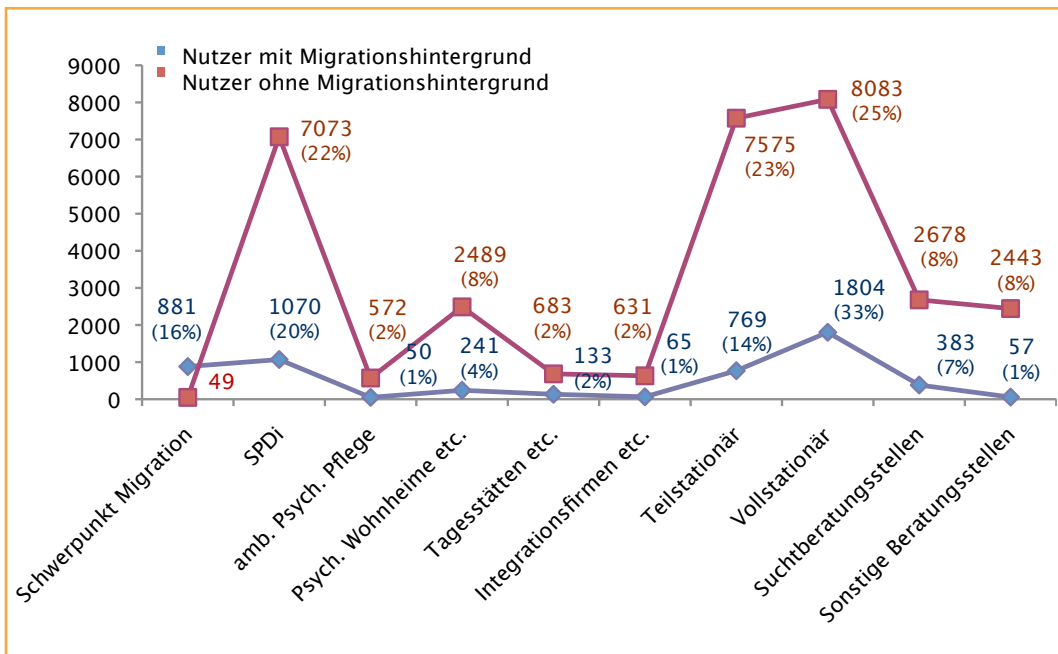


Abbildung 97.2: Verteilung der Nutzer auf die Angebotsformen 2012 (N Nutzer mit Migrationshintergrund = 5.453; N Nutzer ohne Migrationshintergrund = 32.267)



Die häufigsten Diagnosen lagen mit 28 % insgesamt bei den F1-Diagnosen. Bei den Nutzern mit

Migrationshintergrund liegt der größte Anteil (27 %) bei den F2-Diagnosen. Die Verteilung nach Diagnosen unterscheidet sich zwischen den Angebotskategorien. Dies erklärt sich durch ihre unterschiedliche inhaltliche Ausgestaltung bzw. die angebotene Art der Behandlung. Zudem werden die Diagnosen nicht in allen Kategorien gleichermaßen erfasst. In allen Kategorien zeigten sich Diskrepanzen zwischen der Gesamtzahl der Nutzer und der Zahl für die Angaben zu Diagnosen und/oder Herkunft. Für den vollstationären Bereich wurden Daten zu Diagnosen und Herkunft nur in geringem Maße angegeben.

Für einen Teil der Nutzer mit Migrationshintergrund wurden differenzierte Angaben zur Herkunft gemacht. Den größten Anteil machen demnach Nutzer aus den Ländern der ehem. Sowjetunion (27 %) aus. Der Anteil der Nutzer aus der Türkei liegt ein Prozent darunter bei 26 %. Dann folgen Nutzer aus Polen (12 %), den Ländern des ehem. Jugoslawien (7 %), arabischsprachige Herkunftsländer (5 %), der Iran (3 %), französischsprachige afrikanische Herkunftsländer (2 %), Herkunftsländer mit asiatischen Sprachen (2 %), Griechenland (2 %) Italien (2 %), kurdischsprachige Herkunftsländer (2 %) und spanischsprachige Herkunftsländer (2 %). Der Anteil der Nutzer aus den übrigen Herkunftsländern liegt bei einem oder unter einem Prozent. Die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfassen die Herkunft ihrer Nutzer sehr differenziert.

Öffnung für Migranten

Laut der aktuellen Erhebung verfügen 70 % der teilnehmenden Angebote über migrantenspezifische Konzepte und Projekte. 27 % gaben an, über keine migrantenspezifischen Konzepte zu verfügen. In der Studie 2007 gaben 46 % der teilnehmenden Angebote an, migrantenspezifische Konzepte und Projekte zu haben. Auch innerhalb der einzelnen Angebotsformen lässt sich eine Ausweitung der Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema *Migration* feststellen. Die meisten angegebenen Konzepte/Projekte liegen im Bereich *kultur- und migrationssensible Mitarbeiter*. Insgesamt wurden folgende Punkte am häufigsten angekreuzt: 74 % der Angebote mit Konzepten/Projekten aus der Liste sind mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt. Bei 59 % dieser Angebote sind Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen angestellt. 58 % führen routinemäßig eine Migrationsanamnese durch.

94 % der Angebote gaben an, Zugang zu Migranten zu haben und kreuzten verschiedene Zugangswege an. 6 % der Teilnehmer gaben an, keinen Zugang zu Migranten zu haben. 58 % der Angebote, die Zugang zu Migranten angaben, erreichen diese über die Vermittlung durch andere Nutzer. 36 % der Teilnehmer gaben an, Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten zu haben, 53 % verneinten die Frage nach diesen Schwierigkeiten. Als Problemstellungen beim Zugang wurden am häufigsten die Sprachbarriere, der fehlende Zugang zu Dolmetschern und die Unklarheit bei der Kostenübernahme angegeben. Außerdem stellen für einige Angebote fehlendes Wissen über kulturelle Unterschiede in Bezug auf das Verständnis von Familie, Rollenbilder von Mann und Frau sowie verschiedene Gesundheits- und Krankheitskonzepte Probleme beim Zugang zu Migranten dar.

Vernetzung mit anderen Institutionen

Der Großteil der Teilnehmer (96 %) ist mit anderen Institutionen des Versorgungssystems vernetzt. Kontakt besteht vor allem zu Angehörigen, Beratungsstellen sowie dem ärztlichen und fachärztlichen Bereich. In Bezug auf die Zusammenarbeit gaben 40 % der Angebote eine Zusammenarbeit an. 46 % beantworteten die Frage nach einer Zusammenarbeit mit *Nein*. Als häufigster Partner für eine Zusammenarbeit wurden Migrationsfachdienste angegeben, als Art der Zusammenarbeit kollegiale Dienste, Beratung, Austausch, Weitervermittlung. Bei Problemen mit Migranten haben 15 % der Teilnehmer keinen Ansprechpartner. 70 % wissen, an wen sie sich wenden können. Häufigste

Anlaufstelle bei Problemen sind Migrationsfachdienste, dann folgen Beratungsstellen sowie der ärztliche/fachärztliche Bereich. Als Arten der Zusammenarbeit wurden Beratung und Supervision angegeben.

Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

11 % der Angebote sehen keinen Verbesserungsbedarf bei der sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten. 80 % sehen Verbesserungsbedarf. Dieser liegt vor allem im Bereich der Mitarbeiterstruktur, bei Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Die folgenden Punkte wurden am häufigsten genannt: Wissens-Transfer, Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten, Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen, Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten sowie Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen.

Die Frage nach dringendem Verbesserungsbedarf haben 75 % der teilnehmenden Angebote beantwortet. Sie sehen dringenden Verbesserungsbedarf bei folgenden Punkten: Wissens-Transfer, Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten, Migrations- und kultursensible Beratung/ Therapie sowie Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen.

Effekte der Arbeit mit Migranten auf andere Arbeitsbereiche und die Gestaltung des gesamten Angebots

55 % der Teilnehmer haben die Frage nach Effekten der Arbeit mit Migranten auf ihre Arbeit insgesamt beantwortet. 40 % der Angebote, die diese Frage beantwortet haben, stellen keine besonderen Effekte der Arbeit mit Migranten auf andere Arbeitsbereiche und die Gestaltung ihres Angebotes fest. 17 % geben als Effekte eine erhöhte Kultursensibilität und größere Offenheit für migrations-spezifische Themen an. 13 % meinen, dass die Arbeit mit Migranten innerhalb ihrer Einrichtung ein höheres Maß an Toleranz und Akzeptanz für kulturelle Unterschiede schafft. Weitere Effekte werden bei der Gestaltung des Angebots, dem Umgang mit den Nutzern, der Schulung sowie Auswahl der Mitarbeiter und der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen gesehen. Insgesamt wurde angegeben, dass bestehende Strukturen und Therapieformen reflektiert werden und die Vernetzung mit anderen Institutionen ausgebaut wird.

Effekte der Studie aus dem Jahr 2007

70 % der Teilnehmer der aktuellen Erhebung kannten die Ergebnisse der Studie aus dem Jahr 2007 nicht bzw. haben die Frage nicht beantwortet. 53 % haben weder an der Studie teilgenommen, noch kannten sie ihre Ergebnisse. 17 % der Angebote haben keine Angabe zu dieser Frage gemacht. Nur 6 % kannten die Ergebnisse der Studie. Auswirkungen auf ihre Arbeit wurde dementsprechend nur von einem geringen Teil der Teilnehmer angegeben. Diese gaben eine Änderung bei der Auswahl der Mitarbeiter an. Es würden verstärkt Fachkräfte mit Migrationshintergrund, Sprach- und Kulturkenntnissen eingestellt. Zudem wurden Angebote in Bezug auf das Thema *Migration* erweitert und sind Fortbildungen zum Thema *interkulturelle Kompetenz* durchgeführt worden. Es besteht eine Diskrepanz zwischen der Teilnahme an der letzten Studie und Kenntnissen zu dieser Teilnahme und zu deren Ergebnissen. Dies ist ein Anzeichen dafür, dass der Wissenstransfer innerhalb der Angebote ausgebaut werden kann.

Perspektiven für die sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten

72 % der Teilnehmer der Erhebung haben die Versorgungslage von Migranten innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung eingeschätzt. 37 % der Angebote schätzen die sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten als mittelmäßig ein, 26 % sehen die Versorgung als gut an, 8 % als schlecht und 1 % als sehr schlecht. Positive Einschätzungen der Versorgungslage wurden damit begründet,

dass ein Bewusstsein für das Thema Migration und die Arbeit mit Migranten entstanden und das Thema in der Öffentlichkeit präsenter sei. Innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes herrsche eine gute Zusammenarbeit. In Bezug auf die Versorgungspraxis wurden eine individuelle Betreuung aller Nutzer sowie die Öffnung für Migranten angegeben. Gleichzeitig wurde von den Teilnehmern Verbesserungsbedarf bei einigen Punkten gesehen. So wären die Möglichkeiten, bedarfsgerecht auf Migranten einzugehen, noch nicht ausreichend vorhanden. In Bezug auf Fachkräfte und Angebote müssten interkulturelle Kompetenz und Sprachkenntnisse erhöht sowie Einsatzmöglichkeiten von Dolmetschern eindeutig geregelt werden. Zudem wurde Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, MSO und Behörden angegeben.

Zu Beginn der vorliegenden Studie wurden die Fragestellungen der Erhebung erläutert. Mit Bezug darauf lässt sich festhalten, dass das Thema Migration und der Umgang mit Nutzern mit Migrationshintergrund Beachtung innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung findet. Im Vergleich mit den Ergebnissen aus der Studie des Jahres 2007 hat die Öffnung für Migranten zugenommen. Dennoch bestehen weiterhin Probleme beim Zugang zu dieser Gruppe, was sich z. B. in Zahlen zur Inanspruchnahme der Versorgungsangebote zeigt. Probleme liegen etwa im Bereich der Kommunikation und der Verbreitung von Informationen. Um eine bedarfsgerechte Gestaltung zu gewährleisten, sollte die Öffnung der Versorgung für Personen mit Migrationshintergrund weiter ausgebaut werden.

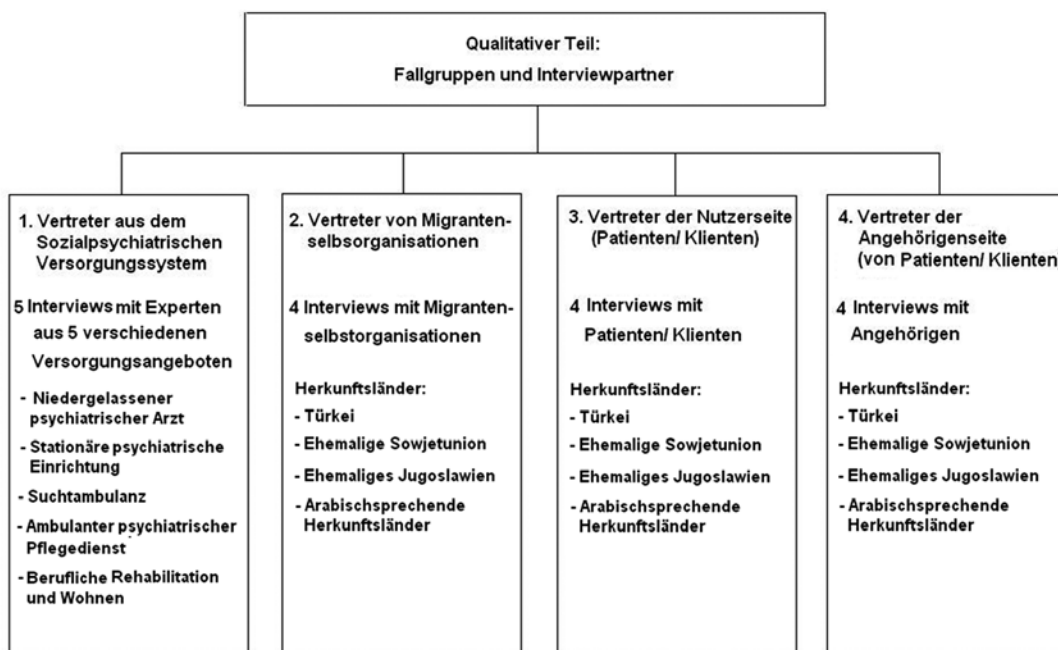
4. Ergebnisse des qualitativen Teils

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews vorgestellt.

Das erste Teilkapitel widmet sich den Experten aus der Versorgung. Es werden der wahrgenommene Versorgungsbedarf, bestehende Herausforderungen für die Behandlung von Migranten sowie Implikationen und Handlungsfelder im eigenen Arbeitsbereich und darüber hinaus erläutert. In einem letzten Abschnitt geht es um eine Beurteilung der Versorgungslage und Verbesserungsvorschläge. Der zweite Teil des Kapitels widmet sich den Ergebnissen aus den Experteninterviews mit den Vertretern der Migranten-Selbstorganisationen (im Folgenden MSO). Auch hier geht es zunächst in einem Abschnitt um den wahrgenommenen Bedarf an Versorgung und *community*-spezifische Problemlagen. Anschließend wird auf die Erfahrungen der Migranten-*community* mit dem Versorgungssystem aus Sicht der MSO-Vertreter eingegangen. Diesbezügliche beobachtete Barrieren im Zugang und in der Behandlung werden aufgezeigt, bevor in einem nächsten Teilkapitel Handlungsfelder der Organisationen abgehandelt werden. Es folgt die allgemeine Einschätzung der Versorgungslage und Ausführungen darüber, wo Verbesserungspotenzial gesehen wird.

Der letzte Teil des Kapitels ist der Nutzerperspektive gewidmet und beginnt mit einer kurzen Vorstellung der interviewten Personen (im Folgenden IP), mit Informationen zum Migrationshintergrund und zur Krankengeschichte. Des Weiteren geht es um sich aus den Erfahrungen der IP ergebende zentrale Aspekte, die im Zugang zum Versorgungssystem und in der Behandlung eine wichtige Rolle gespielt haben. In dem sich anschließenden reflektierenden Teil werden Wünsche und auch Verbesserungsvorschläge vor dem Hintergrund der eigenen Krankengeschichte vorgestellt. In einem letzten Punkt dieses Kapitels wird die Rolle der Angehörigen und des nahen sozialen Umfelds in den Fokus gerückt. Die Ergebnisse des qualitativen Teils werden abschließend noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 98: Schema Qualitativer Teil, Fallgruppen und IP



4.1. Experten: Versorger

Die IP repräsentierten fünf verschiedene Angebotsarten des Sozialpsychiatrischen Versorgungsbundes in der Region Hannover. So wurde mit einer Vertreterin einer Suchtambulanz, einer Vertreterin eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes, einem niedergelassenen psychiatrischen Arzt, einem Vertreter einer stationären psychiatrischen Einrichtung und einem Mitarbeiter einer Einrichtung für berufliche Rehabilitation und Wohnen gesprochen (siehe Anhang). Keines der Versorgungsangebote war hierbei spezifisch auf Migranten ausgerichtet, aber alle Einrichtungen zählen in unterschiedlich großem Maße Migranten zu ihrem Klientel. Die IP stehen also in ihrem Arbeitsalltag in Kontakt mit dieser Patienten- bzw. Klientengruppe. Hierbei sind die Herkunftsgruppen insgesamt vielfältig, den größten Anteil aber machen Menschen aus der Türkei und verschiedenen arabischsprachigen Staaten, Ländern der ehemaligen Sowjetunion und des ehemaligen Jugoslawien aus.

A) Versorgungsbedarf: Besondere Problemfelder von Migrantenpatienten

Die Migranten werden von den Experten insgesamt nicht als einheitliche Gruppe von Patienten oder Klienten wahrgenommen. Die bei ihnen beobachteten Problematiken werden auch nicht durchgehend als grundsätzlich anders empfunden als bei Patienten deutscher Herkunft. Alle IP wiesen hier auf die notwendige Differenzierung in der Betrachtung hin. Dennoch ergaben sich in den Interviews einige Schwerpunktbereiche, die Menschen mit Migrationshintergrund in besonderer Weise betreffen können und in dieser Hinsicht einen besonderen Bedarf darstellen. Viele Problematiken treten bei Migranten nicht unbedingt häufiger auf, manche wurden jedoch als migrationspezifisch herausgestellt. Ein IP nahm den Migrationshintergrund seiner Patienten grundsätzlich sogar eher als Risikofaktor wahr:

Es is' schwierig, es ist also, ich muss sagen, natürlich birgt das 'ne ganz große kulturelle und

sonstige Ressource in sich. Aber sagen wir mal so: Dass das eher krankheitsschützend oder so was Ähnliches ist, nee, das kann ich, könnte ich so nich' sagen, nee. Also, ich sehe also eigentlich eher (...) also, ich sehe es eher als Risikofaktor fast an, muss ich sagen. (ID_16, 536-541)

Als *migrationsspezifische Problemfelder* wurden auf der einen Seite bestimmte Auffälligkeiten im Auftreten konkreter Krankheitsbilder genannt. Auf der anderen Seite umfasst diese Kategorie auch durch die Experten beobachtete migrationsbedingte oder kulturell bedingte Faktoren, die psychische Krankheiten begünstigen können, sowie bestimmte Zugangsprobleme zum Versorgungssystem, die insbesondere Migranten betreffen. Auch wenn migrantenspezifische Problematiken und daraus eventuell resultierende Herausforderungen in der Behandlung von Migranten hier getrennt dargestellt werden, ist zu berücksichtigen, dass sich diese beiden Bereiche überschneiden können. Tabuisierungen (s. u.) beispielsweise stellen in diesem Sinne natürlich nicht nur eine Herausforderung für den Zugang zur Versorgung und in der Behandlung dar, sondern bedeuten ggf. auch ein psychisches Belastungsmoment für den Betroffenen.

Familienstrukturen, Ehe, Rollenverteilung

Das Thema *Familie* bzw. *Ehe und Rollenverteilungen* wurde von allen Experten angesprochen und in Zusammenhang mit bestimmten psychischen Problemlagen gesehen. Dass das Thema *Familie* bzw. *familiäres* System dabei in der Behandlung durchaus ambivalent wahrgenommen wird, zeigen etwa die Ausführungen des Leiters einer stationären Klinik:

(...) vom Prinzip her is' es natürlich für jede psychische Störung (...) vorteilhaft, wenn man ein gutes soziales, funktionierendes und (...) ja gebundenes, soziales Unterstützungssystem hat, sprich: 'ne Familie. Und das is' natürlich (...) schon, denke ich, in weitaus häufigerem Fall bei den Patienten mit zum Beispiel jetzt türkisch-islamischen Hintergrund der Fall. So erlebe ich's zumindest. Das kann natürlich im Einzelfall auch das Problem sein. Also, wenn es da sozusagen Emanzipationsbestrebungen gibt zwischen erster und zweiter Migrantengeneration oder sogar der dritten, dann kann's auch zum Klotz am Bein werden. (ID_13, 242-250)

Familie kann sich in diesem Sinne für den Patienten also einerseits als unterstützendes System darstellen. Aus familiären Strukturen können sich aber andererseits, wie es sich in der Aussage bereits andeutet, auch Schwierigkeiten ergeben. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn sich nach der Migration Mitglieder der jüngeren Generationen aus traditionell und religiös geprägten Familien- bzw. auch Ehestrukturen lösen möchten, abweichende Lebensentwürfe entwickeln und sich aus diesen Autonomiebestrebungen Konflikt- und damit Belastungssituationen ergeben. Insbesondere junge Frauen aus streng muslimischen Familien seien hier betroffen, meint der Mitarbeiter aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation. Die IP aus der ambulanten Pflege weist hier auch auf das Thema Zwangsheirat hin. Psychische Belastungssituationen können sich demzufolge auch aus veränderten Rollenkonstellationen zwischen Ehemann und Ehefrau ergeben, die erst in Folge des Aufenthalts im Aufnahmeland entstanden sind oder dort verstärkt werden, beispielsweise wenn der Ehemann aus Krankheitsgründen seine Rolle als Oberhaupt und Versorger der Familie nicht mehr wahrnehmen kann und die Ehefrau zur Sicherstellung der Versorgung der Familie an seiner Rolle partizipieren oder diese gänzlich übernehmen muss.

Dies kann den familiären Zusammenhalt gefährden:

„Also das, also die Uneinsichtigkeit ist bei denen eher als bei den Frauen, Frauen sagen oft eher mal: ‚Ich bin krank, ich bin psychisch krank.‘ Das würden sie eher sagen als die Männer, die Männer sagen das nicht so gerne. I1: Mhm (zustimmend). ID_5: Die wollen immer, die wollen schon die Oberhaupt zu Hause trotz allem, dass sie krank sind, haben, ne. I1: Okay. ID_5: Na gut, die können nicht mehr arbeiten (...) das macht sie auch noch mal zusätzlich belast...also belastet die zusätzlich noch. Und die Frau denn losgehen muss... I1: Ja. ID_5: ...dann haben sie ihre Rolle nicht mehr so als Mann und dann ist das alles noch schwieriger zu Hause.“ (ID_5, 568-580)

Auffälligkeiten bezüglich bestimmter Krankheitsbilder

Drei von fünf IP nehmen in ihrer Arbeit bei Migranten Spezifika bezüglich bestimmter Krankheitsbilder wahr. So beobachtet die Mitarbeiterin aus der ambulanten Suchthilfe bei muslimischen Patienten das gehäufte Auftreten schizophrener Psychosen (F20 nach ICD-10) (ID_1, 188). Dem niedergelassenen Psychiater fällt bei den türkischen Patienten ein besonders häufiges Auftreten psychosenahen Erlebens in Zusammenhang mit einer Depression auf. Eine türkische Kollegin von ihm bezeichne das auch als „türkische Paranoia“ (ID_16, 452ff). Der Leiter der stationären Einrichtung bemerkt in seiner Arbeit einen auffällig geringen Anteil gerontopsychiatrischer Fälle bei Migranten. Er vermutet hier als Grund ein im Vergleich zu Nicht-Migranten (noch) besser funktionierendes familiäres Hilfesystem, das dem öffentlichen System vorgezogen wird und das sich daher auch in der Statistik niederschlägt (ID_13, 168ff).

Identitätskrisen, fehlendes Zugehörigkeitsgefühl

Als eine migrationspezifische Ursache psychischer Probleme wurde auch das, insbesondere die jüngeren Generationen betreffende, „Zwischen-den-Kulturen-Stehen“ genannt. Für viele jüngere Menschen, die zwar hier geboren wurden, jedoch durch ihre Elterngeneration eine enge Bindung zur Herkunftskultur haben, könne der „Spagat“ zwischen den Kulturen zu Identitätskrisen führen. Ein Experte bezeichnete diesen Zustand auch als „über den Kulturen schweben“ (ID_7, 179). Hier könne es sich belastend auswirken, wenn die Integration zweier kultureller Identitäten misslingt, insbesondere, wenn diese Identität in beiden Ländern in Frage gestellt wird. Dass dies nicht nur Konsequenzen für den Einzelnen hat, sondern auch gesellschaftliche Relevanz bekommen kann, verdeutlichen die nachfolgenden Ausführungen:

„[...] dass die eben mit dieser, mit dieser, mit dieser (...) Belastung von zwei Kulturen im Prinzip, dass sie die nich' überbrücken können, das is' für, ne, (...) und da gibt es eben wenig...sehe ich wenig (...) ich hab' das jetzt nich' geguckt da, diese Sendung (...) ‚Türkisch für Anfänger‘ oder so was Ähnliches, keine Ahnung. Aber die paar Mal, wo ich das geguckt habe, habe ich gedacht, dass es fast (...) ist das so 'ne Sendung. Wo einfach so (...) das auf 'ner vielleicht banalen Ebene oder so Soap-Ebene, aber da wird das wenigstens mal thematisiert. Ob da Lösungen diskutiert wurden, die ich für vernünftig halte, weiß ich nicht, dafür habe ich mich zu wenig damit beschäftigt. Aber so was, hab' ich das Gefühl, es fehlt. Sondern es gibt ja dann eher, aufgrund der schwierigen sozialen Situation dann eher so 'ne (...) Segregation von Gruppen auch bei Jugendlichen oder so was Ähnliches vielleicht eher, dass ich wieder mehr so (...) mein Deutschtum oder mein Türkentum da hochhalte, damit ich mich besser definieren kann und so weiter und so weiter. Also ich sehe da eher 'n Bedarf an (...) ja, an (...) Kulturarbeit.“ (ID_16, 676-689)

Sprachbarriere

Fehlende Sprachkenntnisse spielen nicht nur als Barriere in der Behandlung zwischen Angebot und Klient eine Rolle, sondern diese können auch als krankmachender Stressor im Alltag wirken. Dies kann dann der Fall sein, wenn bestimmte Verhaltensnormen, welche in der Aufnahmegesellschaft Konsens sind, auf sprachlicher oder sogar subsprachlicher Ebene nicht verstanden werden und somit Verunsicherung auf Seiten des Migranten auslösen:

„Aber ich meine, wenn man, wenn man sich das doch noch mal vergegenwärtigt, wie viel (...) sozusagen Mitteilungen (...) in 'ner verbalen Differenzierung oder beziehungsweise sogar außerhalb 'ner Verbalisierung laufen, also wie was ist, wie sich jemand verhält. Ja, wenn ich eben aus Kasachstan gekommen bin, dass ich eben einfach sozusagen, kann ich mein Verhalten (...) sozusagen kann ich gar nicht' genau verstehen, was hier abläuft, teilweise. Und das (...) und komme dann irgendwie, gerate dann natürlich irgendwo (...) habe selber vielleicht auch das Gefühl, dass ich irgendwie quer gerate zu dem, was, wie es hier so (...) läuft. Oder bin unsicher. Und dass so was 'n gewisser Stressfaktor is', (...). (ID_16, 545-554)

Fehlende Bildung allgemein sei dabei aber nicht nur für Migranten ein Nachteil bei der Orientierung innerhalb der gesellschaftlichen und institutionellen Strukturen.

Dass Sprache auch eine Rolle im Zugang zur Versorgung hat, erzählt die Mitarbeiterin des ambulanten Pflegedienstes. Viele ihrer Patienten könnten kein Deutsch und seien darüber hinaus Analphabeten. Sie könnten weder Straßenschilder noch Stadtpläne lesen, die Orientierung in der Stadt falle ihnen schwer, so dass sie in ihrer Mobilität deutlich eingeschränkt sind. Da bestimmte Angebote wie Gesprächsgruppen oft nicht in der Nähe des Betroffenen zu finden seien, nähmen sie diese auch nicht wahr, auch aus Angst, sich ohne Begleitung nicht zurechtzufinden.

Traumatisierung: Krieg, Armut, Verfolgung, Flucht

Zwei IP erwähnen Traumatisierungen als spezifische Problematik bei Flüchtlingen aufgrund von Krieg oder politischer Verfolgung. Aktuell betroffen seien hier Menschen aus gegenwärtigen Konfliktländern wie Afghanistan, Syrien usw. Der niedergelassene Psychiater beobachtet darüber hinaus aber auch Traumatisierungen durch im Heimatland erlebte Lebensbedingungen wie besonders schwere Armut bei den älteren Generationen, welche oftmals unverarbeitet geblieben sind. Die Expertin aus der Suchtambulanz spricht im Kontext von Flucht auch von der Belastung durch das Zurücklassen von Freunden und dem plötzlichen Verlust familiärer Zusammenhänge durch das abrupte Verlassen des Heimatlandes. Dann kann sich unter Umständen ein besonderer Bedarf im Rahmen einer Traumatherapie ergeben (s. u.).

Unklarer Aufenthaltsstatus: Bedrohung durch Abschiebung

Das Thema *Bedrohung durch Abschiebung* sprachen zwei IP an. Die Bedrohung durch Abschiebung ist einerseits belastend für den Patienten selbst, andererseits hat dieser Faktor Auswirkungen auf den Zugang zur Versorgung. So erfordere dieser Zustand zum einen zusätzliche Unterstützung über die eigentliche psychiatrische Versorgung hinaus, so der niedergelassene Psychiater, zum anderen blieben dem Patienten ggf. bestimmte Angebote ganz verschlossen, berichtet der Mitarbeiter aus der beruflichen Rehabilitation:

„Das ist natürlich auch alles auch Einzelfall-Betrachtungsweise, aber ich kann nicht anders, als Dinge einzeln, im Einzelfall zu betrachten, und das trifft sicherlich nicht auf alle Menschen zu, aber ich denke, dass es bei bestimmten Personen, die ich jetzt auch so im Blick hab' (...) ein Unding ist, wie die Abschiebepolitik (...) organisiert ist, dass es ein Unding ist, dass Menschen keine Arbeiterlaubnis kriegen, beziehungsweise (...) denen dann ja auch rehabilitative Prozesse verschlossen sind (...) dass es unmöglich ist, (...) dass diese Menschen oft lange auf geeignete Wohnungen warten, suchen müssen.“ (ID_7, 114-121)

Generell seien Migranten oft besonders benachteiligt bei der Suche nach Wohnungen im Rahmen rehabilitativer Prozesse. Hier spielten etwa auch Vorbehalte gegenüber Migranten auf Seiten der Vermieter eine Rolle.

B) Wahrgenommene Herausforderungen in der Behandlung

Alle Experten in der Versorgung stellten im Umgang mit Migrantenpatienten aus verschiedenen Gründen Herausforderungen fest. Dass der Umgang mit Migrantenpatienten sich aber nicht *per se* als problematischer oder komplizierter darstellen muss als mit Nicht-Migranten, sondern im Gegenteil auch bereichernd für die Arbeit sein kann, betont die Mitarbeiterin aus der ambulanten Suchtberatung:

„Och, ich finde das hat auch 'n Charme, das ist auch (...) interessant, also wenn ich denn höre (lacht), dass sie beim Hoca waren...**I2:** Ja? **ID_1:** Das hat auch was interessa...nö anstrengend würde ich nicht sagen. **I2:** Mhm. **ID_1:** Nö. **I2:** Is' aber...**ID_1:** Das is' sehr interessant...**I2:** Weil's auch neue Aspekte bietet. **ID_1:** Ja und auch lebendig is', so voller Energie irgendwie auch...**I2:** Ja? **ID_1:** Das is' nich' so unbedingt (...) so depressiv... **I2:** Mhm (zustimmend). **ID_1:**...sondern...**I2:**...da is' 'ne Dynamik? **ID_1:** Ja, genau. Dynamik, Energie, mhm (zustimmend).“

„[...]also wenn die Barriere erst mal überwunden is', dass sie hier sind...**I2:** Mhm. **ID_1:** ...die kommen ja häufig über Kliniken, Ärzte oder Beratungsstellen... **I2:** Mhm (zustimmend). **ID_1:** ...dann läuft es eigentlich relativ einfach und die sind ... sind irgendwie nich' schwieriger als mit den anderen Klienten, da gibt's so im Alltag keinen großen Unterschied.“ (ID_1, 213-229 und 539-546)

Dennoch wurden von allen Versorgern bestimmte Faktoren beobachtet, die den Umgang mit Migranten zumindest besonders, manchmal auch herausfordernder machen können. Der Mitarbeiter aus dem Angebot beruflicher Rehabilitation und Wohnen bemerkte, dass es in der Behandlung zwar im Prinzip um die gleichen Fragestellungen gehe wie bei den deutschen Patienten, aber in bestimmten Bereichen „Fernwirkungen traditioneller Vorstellungen“ (ID_7, 230f) festzustellen seien. Ein anderer Experte betont, dass sich aufgrund „[...] kultureller, historischer Entwicklungen in verschiedenen Ausgangskulturen [...]“ (ID_16, 423) bestimmte Unterschiede zu den deutschen Patienten ergäben. Diese von den Experten aus der Versorgung angesprochenen Bereiche werden im Folgenden dargestellt.

Mit Scham besetzte und tabuisierte Thematiken

Für alle IP stellen in manchen Fällen kulturell tabuisierte Themen für die Behandlung eine Herausforderung dar. Bestimmte, oftmals auch für die Erkrankung ursächliche Problematiken seien mit dem Patienten teilweise nicht oder nur schwer zu besprechen:

„[...] dass es eben Themen gibt, so ist meine berufliche Erfahrung, die (...) in verschiedenen kulturellen (...) Lebenswelten unterschiedlich schamhaft besetzt sind. Also Sexualität ist so 'n Thema. ‚Darf jemand über Sexualität reden, wenn er hier ist, (...) oder verletzt er die Familienehre?‘, was weiß ich. Das sind einfach Bedingungen, die uns fordern, die uns herausfordern, die (...) wir auch nicht immer in jedem Bereich überblicken. Und wo wir manchmal dann doch (...) auch vor Rätseln stehen und nicht genau wissen, was ist denn eigentlich nun passiert, (...) was wirkt denn eigentlich, sind wir diejenigen, die Krisen mit ausgelöst haben oder ist es die Familie oder liegt es in der Person begründet oder was ist eigentlich los? Das können wir oft nicht beantworten so.“ (ID_7, 45-54)

Sexualität und sexuelle Gewalterfahrungen können insbesondere vor einem religiösen Hintergrund stark schambesetzt sein, so beispielsweise im muslimischen Kontext. Das trifft hier auch auf das Thema *Alkohol- und Drogensucht* zu, wie die Mitarbeiterin aus der ambulanten Suchthilfe berichtet. Die mit dem Suchtverhalten empfundene Scham kann Auswirkungen haben auf das für eine Therapie wichtige Eingeständnis der Sucht, auf die Akzeptanz seitens des sozialen Umfelds und die Besprechbarkeit in der Therapie. Ein weiteres bei Muslimen eventuell stark tabuisiertes Thema spricht der Leiter der stationären Einrichtung an. Er berichtet von einem Fall, bei dem einem suizidalen Patienten das familiäre Auffangsystem gänzlich wegfiel und dies somit für den Patienten und seine Behandlung nicht zur Verfügung stand. Vorstellungen von Krankheit als Schuld und Verletzungen der Familienehre können in diesem Zusammenhang zum Tragen kommen und die Behandlung für den Patienten und den Behandler erschweren.

Kulturell unterschiedliche Krankheitsvorstellungen/Erlebensweisen von Krankheit

Drei der fünf IP empfanden es auch als herausfordernd, dass Krankheiten teilweise kulturell bedingt anders erlebt und dargestellt werden. Hier ergäben sich unter Umständen Schwierigkeiten für das Diagnostizieren und bei der Wahl der adäquaten Therapieform. So könne sich für den Therapeuten etwa das Problem stellen, dass eine Krankheit symptomatisch gänzlich anders erlebt wird als bei Nicht-Migranten, wie es der stationäre Arzt im nachfolgenden Fallbeispiel eines Behandlungsprozesses anschaulich beschreibt:

*„Ja, wir haben jetzt 'ne Patientin gerade gehabt, die ist vor kurzem entlassen worden, also eine türkischstämmige Patientin, die ganz gut Deutsch spricht. Schon deutlich hörbar äh (...) sozusagen 'ne andere Muttersprache hat, aber eigentlich ganz gut Deutsch spricht und die eben auch mit so 'ner ängstlich-depressiven Symptomatik zu uns kam, wo wir aber eigentlich erst mal (...) also als deutscher Psychiater hat man ja dann die Probleme sozusagen (...) wie interpretiere ich Symptome? Und bei dieser Patientin stand (...) am Anfang sogar die Verdachtsdiagnose einer (...) irgendwie gearteten Psychose-Erkrankung im Raum, und je länger wir die kennen gelernt haben, desto mehr war klar, dass die sehr (...) also es gibt Patienten, die würde ich beschreiben als sehr vegetativ irritabel. Die merken einfach ihr vegetatives Nervensystem sehr lebhaft, spüren das, kriegen bei relativ wenig Anlässen gleich heftige vegetative Reaktionen: Herz schlägt bis zum Halse, Finger werden kalt, Kribbelgefühl (...) insbesondere dann, wenn Aufregung da ist, also wenn's irgendwie Stress gibt. Und (...) das wirkte bei dieser Patientin so, als würde die unter irgendeinem Eindruck stehen, also 'nem inneren Erleben... **11: Ja. ID_13:** Und erst mit der Zeit konnten wir dann auch gut auseinanderdifferenzieren, indem wir das auch mit der Patientin reflektiert haben, dass es da wirklich um, sagen wir mal, vegetative arousals und nichts weiter ging und dass das diese Patientin auch selber so erschreckt hat, dass die darüber eben sich auch verausgabte hat und dann auch depressive Symptome entwickelt hat. Und das hat auch natürlich dann (...) ganz andere Implikationen für die Therapie, auch für die medikamentöse Therapie.“ (ID_13, 199-220)*

Das Wissen über unterschiedliche Erklärungsmodelle und Vorstellungen über Verortung und Wirkungsweise psychischer Krankheiten kann spezifische Implikationen für die Behandlung haben und den Behandlungserfolg maßgeblich mitbestimmen.

Für den niedergelassenen Psychiater ergibt sich eine Schwierigkeit für die Behandlung aus einem kulturell bedingt anderen Verständnis von *Seele*. Bei türkischen Patienten finde sich oft die Vorstellung, dass eine kaputte Seele, einmal erkrankt, unheilbar beschädigt sei. Die Folge seien Resignation und daraus folgernd unter Umständen eine Verweigerung der Therapie (ID_16, 27ff).

Sprachbarriere/Verständigung

Hürden im Bereich Sprache und Kommunikation spielen für alle Experten in ihrer Arbeit mit Migrantenpatienten eine Rolle. Sprachliche Hürden und Verständnis-Barrieren kommen vor, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und mit unterschiedlicher Relevanz und Konsequenz für die unterschiedlichen Arbeitsbereiche der IP.

Der Experte aus dem Bereich Beruf und Wohnen und die Expertin aus der ambulanten Suchthilfe merken an, dass die meisten Menschen, die ihr Angebot wahrnehmen, in der Regel ausreichend Deutsch sprächen. Obwohl letztere die Sprache sogar als größte Herausforderung bezeichnete, da in ihrem Arbeitsbereich die Fremdsprachenkompetenzen unter den Mitarbeitern eher eingeschränkt seien, sei das Problem im Grunde aber nur relevant für den Patienten-Erstkontakt. Hier behelfe man sich im Ernstfall mit Übersetzern. Ist eine gewisse Beziehung aufgebaut, sei die gleiche Sprache oft aber gar nicht so entscheidend:

„Wo sind für dich persönlich, aber auch für deine Einrichtung die größten Herausforderungen? Für eure Arbeit? ID_1: Ja, erst mal Sprachen zu beherrschen, das, das können wird nicht gut, muss ich sagen. Wir haben nicht viele Sprachen. Und das ist sicherlich ‚n Hindernis, um jetzt ganz groß noch mehr Leute ansprechen, zu erreichen mit Migrationshintergrund. I2: Mhm (zustimmend). Ja. Wie geht ihr damit um...? ID_1: Mhm... I2:...wenn solche Barrieren... ID_1: Mhm. Denn gucken wir, dass wir Übersetzer finden. Und irgendwann sind die dann auch wieder nicht notwendig, weil es ja doch auch mit wenigen Worten kann man ja doch ganz, ganz viel...I2: Ja. ID_1: ...erreichen, da wo es, wo es ‚ne Ebene gibt.“ (ID_1, 486-507)

Die Sprachbarriere im Kontakt mit dem Patienten spielt auch im Arbeitsbereich des niedergelassenen Psychiaters eine Rolle. Die Verständigung sei manchmal mühsam und vor allem zeitaufwändig (s. u.). Da die Krankenkassen Dolmetscher nicht bezahlten, behelfe man sich mit Laien-Übersetzern oder einfach „mit Gefühl“ (ID_16, 606). Das Thema *Sprache und Verständigung* sei für ihn aber insofern ambivalent, als dass seinem, wie er sagt, interkulturellen Verständnis nach eine Verständigung in Auseinandersetzung mit dem Patienten auch so möglich sein müsste (s. u).

Der Vertreter des stationären Bereichs berichtet, dass viele Patienten zwar kein Deutsch könnten, aber für den Großteil der Gruppen (vor allem türkisch- und russischsprachige Patienten) muttersprachliches Personal für die Aufnahme und die Behandlung in der Einrichtung zur Verfügung stehe (s. u.). So habe man dieses Problem insgesamt „ganz gut im Griff“ (ID_13, 60).

Der Experte aus dem Bereich Beruf und Wohnen sieht für seine Arbeit weniger die Sprache als die Verständigung auf anderer Ebene als herausfordernd an:

„Und was ich lernen muss (...) ist, auf die nicht-sprachlichen Äußerungen zu achten, und die sind schwierig zu interpretieren. Also ich sehe bei Menschen, die hier aufgewachsen sind

oder die aus, aus (...) deutschen Kulturkreis kommen, habe ich besser gelernt, Emotionen am Gesicht und an der Körperhaltung und was weiß ich, zu erkennen. (...) Bei anderen, (...) besonders bei russischsprachigen Menschen, fällt mir das schwerer. Das ist aber was, was ich lernen muss, nicht, was die (...) irgendwie so. Das finde ich 'ne besondere Herausforderung (...) oder ich nenn's mal ganz deutlich: Dankbarkeitsbezeugungen, die sind für mich schwer zu erkennen.“ (ID_7, 259-266)

Insbesondere in Akutphasen psychischer Erkrankungen könne zudem die Sprachfähigkeit bei normalerweise guter Beherrschung der Sprache eingeschränkt sein, so dass in diesen Phasen nur noch die Muttersprache für die Kommunikation in der Behandlung zur Verfügung steht (ID_5, 30ff). Diesen Umstand empfindet die ambulante psychiatrische Pflegerin für ihren Arbeitsbereich als problematisch, da Migranten, die eigentlich von deutschen Mitarbeitern versorgt würden, nun zeitweise zusätzlich durch sie als türkischsprachige Mitarbeiterin mit übernommen werden müssten, was die ohnehin große Arbeitsbelastung in diesen Phasen noch deutlich erhöhe.

Kulturell fremde Verhaltensweisen

Wie die ambulante psychiatrische Pflegerin beschreibt, kann auch als *fremd* empfundenen Verhalten in der Versorgung zu Irritationen und Distanzierung auf Seiten der Versorger führen. Sie schildert, wie bestimmte Gewohnheiten manchmal Unverständnis und Irritationen bei ihren deutschen Kollegen im eigenen Arbeitsbereich, aber auch in anderen Einrichtungen hervorrufen, etwa das Tragen eines Kopftuchs, das tägliche fünfmalige Beten oder die Ablehnung der Versorgung durch einen Mann bei einer muslimischen Frau. Dies könne sich störend auf die Beziehung zwischen ambulant versorgendem Personal und Patienten auswirken und so den Zugang erschweren.

C) Implikationen für den Arbeitsbereich: Handlungsfelder

Dem oben besprochenen möglichen besonderen Bedarf und den Herausforderungen, die im Umgang mit Migranten in der sozialpsychiatrischen Versorgung auftreten, wird in den Arbeitsbereichen der IP mit zum Teil ähnlichen, aber auch mit zum Teil unterschiedlichen Maßnahmen bzw. Handlungsstrategien begegnet. Unterschieden wurde hier zwischen Handlungsfeldern im eigenen Arbeitsbereich und der Kooperation bzw. Vernetzung mit externen Angeboten.

Individuelles Eingehen auf den Patienten/Klienten, Zeit

Für alle Experten steht in der Behandlung zunächst einmal der individuelle Mensch mit seinen persönlichen Bedürfnissen im Mittelpunkt, unabhängig davon, ob er Migrant ist oder nicht. Der Migrationshintergrund wird hier nur als ein Faktor – beispielsweise in der Anamnese – unter anderen begriffen. Die Behandlung wird sehr individuell mit dem Patienten abgestimmt. Entscheidend sind die Beziehungsebene und ein respektvoller, empathischer und auch durch Neugier geprägter Umgang, der es über die Zeit ermöglichen kann, vorhandene Barrieren abzubauen. Der Faktor Zeit spielt hier eine wichtige Rolle, insbesondere bei Migrantpatienten, wie in folgenden Ausführungen deutlich wird:

„Deswegen sind natürlich soziale Prozesse (...) stehen mit im Zentrum der Aufmerksamkeit. Ich würd's eher bündeln in (...) so einer Vermutung oder Behauptung, (...) dass Menschen (...) mit Migrationshintergrund, was immer auch das ist (...) oder besondere Menschen mit besonderem Migrationshintergrund, mehr Zeit für Stabilisierung brauchen als andere. Ist 'ne Vermutung, ist 'ne kühne Behauptung (...) kann mir um die Ohren geschlagen werden, (...) weil ich begründen müsste, warum, das könnte ich nicht. (...) Es ist 'n Gefühl, das sich über die Jahre hin entwickelt hat. Weil ich glaube, dass (...) Prozesse der (...) Identitätsfindung

(...) also: ‚Wer bin ich, wo gehöre ich hin äh (...) was möchte ich vom Leben?‘ (...) insgesamt (...) Zeit braucht für alle Menschen. Aber wenn jemand zwischen Kulturen schwebt oder über Kulturen schwebt (...), dann sind das, so vermute ich, Prozesse, die (...) mehr (...) Zeit brauchen. Ich hab’ so ’ne Grundeinstellung: Seele braucht Zeit, um (...) lebendig zu werden oder um sich zu erholen (...) Und die lässt sich nicht in gut abgrenzbare Zeitfenster pressen. (...) Wir haben hier ein großzügiges, noch, ein großzügiges Zeitfenster, (...) aber man hat die (...) es reicht einfach auch nicht aus.“ (ID_7, 169-186)

Die in den oberen Abschnitten beschriebenen Herausforderungen und besonderen Fragestellungen, die Migrant*innen-Patienten mit sich bringen, können also einen erhöhten Zeitaufwand bedeuten, dem unter Umständen nicht ausreichend entsprochen werden kann. Es brauche Zeit, um möglicherweise tabuisierte Thematiken in der Therapie ansprechen zu können und ausreichend Vertrauen dafür aufzubauen, so der niedergelassene Psychiater.

Zugang durch Sprache und gemeinsames kulturelles Wissen

Drei der fünf IP setzen bewusst Mitarbeiter mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkompetenzen in ihrem Arbeitsbereich ein, die im Bedarfsfall den Migrant*innen in der Behandlung zugewiesen werden können. Dass der Bedarf aber auch hier sehr individuell sein kann, stellt die Expertin aus der ambulanten Suchtberatung fest:

„Und da haben wir die Erfahrung gemacht, das is’ gar nicht immer so. Einige sagen so: ‚Ja, finden wir gut‘, wollen sie. Einige sagen: ‚Oh Gott, auf keinen Fall!‘ Die nutzen auch so die Gelegenheit, mal aus (...) der Szene oder wie auch immer rauszukommen und ’n ganz anderes Unterstützungsfeld zu kriegen.“ (ID_1, 84-88)

Die Art und Weise, wie eine gemeinsame Sprache beziehungsweise Herkunftskultur und eine geteilte Migrationserfahrung, als geteilt empfundenes Schicksal, beim Aufbau dieser Beziehung – und damit für die persönliche Zugangsebene zwischen Versorger und Patient – förderlich sein können, beschreiben die Mitarbeiterin aus der ambulanten Pflege und der niedergelassene Psychiater:

„Ja, also (...) ich hab’ jetzt nun (...) keinen so richtigen Migrationshintergrund, meine Eltern kommen aus Schlesien, ja (lacht) und sind dann geflohen achtundvierzig, ja, aber (...) naja, also wenn dann jetzt später, entweder später ausgewanderte Deutsche oder (...) Menschen, die aus Polen hierhergekommen sind, die jetzt, sage ich mal, da in der Nähe gewohnt haben, und wenn ich das dann anbringe, is’ das erst mal schon ’n anderer Zugang, irgendwo. Dann fühlen die sich schon also irgendwie (...) is’ irgendwie ’ne andere (...) is’ irgendwie ’ne Art von Konnotation anscheinend von (...) Vorschusslorbeere, keine Ahnung. Also so irgendwie. Also dass man da mehr Vertrauen hat, (...) weil man ja irgendwie (...) an Teilen des gleichen Schicksals partizipiert hat, fühlt man sich demjenigen eben mehr verbunden. Und kann dann auch anders (...) Sachen darstellen, ’ne.“ (ID_16, 738-749)

„[...]...und wenn sie das in ihrer Sprache erzählen können, (...) ist es für die einfach besser, über ihre Sorgen und über ihre Wünsche, über Bedürfnisse (...), sie sind der Meinung, es kommt besser an, wenn sie halt das in der türkischen Sprache (...) vermitteln.“ (ID_5, 260-263)

Für den Experten aus der Wohn- und Arbeitsrehabilitationsmaßnahme spielen migrationsspezifische Angebote im eigenen Arbeitsbereich zunächst erst einmal keine Rolle. Für ihn ständen der respektvolle Umgang und das Eingehen auf das Individuum im Mittelpunkt. Die Mitarbeiter seien

hier ausreichend geschult, um kulturell unterschiedlichen Ansprüchen gerecht zu werden. Als weiteres Argument gegen solche Angebote nennt er die zu große Vielfalt kultureller und persönlicher Hintergründe, auf die gar nicht im Einzelnen eingegangen werden könne. Der wichtigste Grund und zentrales Element seiner Arbeit sei für ihn eher, die Menschen zu befähigen, ihre Bedürfnisse zu formulieren, sich miteinander auseinander zu setzen und Kompromisse eingehen zu können. Auch im Arbeitsbereich des niedergelassenen Psychiaters wird aus ähnlichen Beweggründen ganz bewusst auf den Einsatz von Fachpersonal mit Migrationshintergrund verzichtet (außer im ambulanten Bereich, wo man sich kooperativ behilft (s. u.)). Auch wenn er einen kultursensiblen Ansatz grundsätzlich in bestimmten Bereichen für richtig hält, verfolge er selbst in seinem Arbeitsbereich eher einen „interkulturellen“ Ansatz

„Ansonsten hab’ ich schon ’n bestimmtes Verständnis von von (...) interkultureller Behandlung. Wo ich sozusagen sage: ‚Okay, eigentlich is’ es gut, dass sich sozusagen (...) beide Seiten miteinander auseinandersetzen müssen.‘ Und damit will ich nich’ sagen, dass bei ’ner kultursensiblen [Versorgung, Ergänzung durch den Autor] da irgendwie Ruhe kissen (...) veranstaltet wird, aber das Problem is’ ja sozusagen die Auseinandersetzung im kulturellen Diss... nich’ Dissenz, aber in der (...) was eben nich’ so zusammen passt und dass man ’s irgendwie zusammenkriegt.“ (ID_16, 264-270)

Hier spielten außerdem strukturelle Gründe eine Rolle. So führt er aus, dass im Falle einer zu großen Spezialisierung seines Angebots in Richtung Migranten in Form einer Ausstattung mit muttersprachlichem Fachpersonal eine Überbeanspruchung zu befürchten sei, da der Bedarf hier zwar sehr hoch, aber das Versorgungsangebot begrenzt sei:

„Überall is’ maximaler Druck, wenn man eine Planke wegmacht von dem Schiff innen, dann geht man unter.“ (ID_16, 242-243)

Sensibilisierung, Fortbildungen, Information

Die Expertin aus der Suchtambulanz gab an, durch die Teilnahme ihrer Einrichtung an der Vorgängerstudie 2007 für das Thema *Migranten in der Versorgung* sensibilisiert worden zu sein. Sie habe seitdem ein interkulturelles Coaching durchlaufen, das nun auch für die Auftragnehmer im Arbeitsbereich angeboten würde. Das Thema sei regelmäßig Gegenstand im Austausch unter Kollegen insbesondere in Fallbesprechungen. Die Sensibilisierung und der Austausch erhöhten die Sicherheit und stärkten das Selbstbewusstsein im Umgang mit Migranten in der Arbeit. Der Migrationshintergrund fände auch Berücksichtigung in der Anamnese. Im Arbeitsbereich des Experten aus der stationären Einrichtung bemüht man sich um eine Sensibilisierung im Rahmen von Fortbildungen für Mitarbeiter, in denen migrationspezifische Aspekte in der Behandlung vermittelt werden. Seit einiger Zeit biete man Informationsmaterial für Patienten in verschiedenen Sprachen an. Der niedergelassene Arzt gab an, sich auch über Fachbücher zu informieren; er merkte aber auch an, dass hierfür im Alltag zu wenig Zeit bliebe.

Vernetzung/Kooperation mit migrantenspezifischen Angeboten in der Region

Alle durch die IP vertretenen Einrichtungen sind mit migrantenspezifischen Versorgungsangeboten im Raum Hannover vernetzt. Die Vernetzung ist aber unterschiedlich intensiv und hat für die IP einen unterschiedlichen Stellenwert in der alltäglichen Arbeit.

Die Inanspruchnahme externer Angebote geschieht in den meisten Fällen nicht regelmäßig, sondern im Bedarfsfall und in Absprache mit dem Patienten bzw. Klienten oder beschränkt sich auf bestimmte Bereiche und Gelegenheiten. Beispiele hierfür sind muttersprachliche Gruppenange-

bote, die Vermittlung muttersprachlicher Therapeuten, kultursensible Rehabilitationsmaßnahmen, muttersprachliche Ergotherapie usw. Für den Leiter des stationären Angebots bedeutet die schon lange bestehende Anbindung an die sozialpsychiatrische Szene Hannovers einen Ausgleich für die (noch) fehlende Differenzierung innerhalb der eigenen Einrichtung. Es könne bei Bedarf an migrantenspezifische Gruppenangebote oder transkulturelle Betreuungsdienste weiter vermittelt werden. Für den eigenen ambulanten Bereich werde zurzeit eine größere Differenzierung angestrebt, um hier migrantenspezifisch beraten und behandeln zu können. Für die Mitarbeiterin aus der ambulanten Suchthilfe ist die Vernetzung bislang weniger bedeutend und nur im Einzelfall notwendig. Über einen transkulturellen Betreuungsdienst werden Patienten an den eigenen Arbeitsbereich vermittelt, ansonsten versuche man bei Bedarf an muttersprachliche Therapeuten zu verweisen, was aber jedes Mal aufgrund des geringen Angebotes (s. u.) als Herausforderung empfunden wird. Eine regelmäßige Kooperation im Sinne einer Komplementierung des eigenen Angebots gäbe es aber nicht und habe sich bisher nicht notwendigerweise ergeben.

Für den Experten aus dem Angebot Arbeit und Wohnen ist eine institutionalisierte Vernetzung in seinem Arbeitsbereich nicht praktikabel, man stehe aber mit entsprechenden Personen aus diesem Themenfeld in Kontakt und nehme deren Hilfe bei Bedarf in Anspruch.

Eine regelmäßige und engere Form der Zusammenarbeit über den einzelnen Bedarfsfall hinaus existiert zwischen dem niedergelassenen Psychiater und dem Angebot der befragten Expertin aus dem ambulanten Pflegedienst. Dieser vermittelt regelmäßig vor allem türkisch-sprachige Patienten, welche so ambulant im Rahmen einer integrierten Versorgung betreut werden können:

„[...] arbeite ich eng mit einer Mitarbeiterin zusammen, die eben selber Türkin is' und da (...) bin ich der Arzt und sie ist die Pflegekraft und in diesem Triangel kommt da eben auch viel zustande. Sie vermittelt quasi das Kultursensible, ne, und ich kann das Interkulturelle versuchen zu vermitteln.“ (ID_16, 286-290)

D) Einschätzung der Versorgungslage und Verbesserungsvorschläge

Grundsätzlich äußerten sich fast alle Experten relativ positiv über das sozialpsychiatrische Versorgungsangebot in der Region Hannover. So gibt der niedergelassene Psychiater an, man bewege sich hier insgesamt auf sehr hohem Niveau. Der Mitarbeiter des stationären Angebots betrachtet die Lage in Hannover insbesondere im Vergleich zur Situation in den neuen Bundesländern als vorbildlich und verweist hierbei auf die lange sozialpsychiatrische Tradition Hannovers:

*„In den späten siebziger, Anfang achtziger Jahren is' das schon richtig sozusagen Avantgarde gewesen. Und diese Tradition spürt man natürlich und die ist natürlich in den ostdeutschen Ländern überhaupt nicht da. Das ist natürlich sozusagen Tabula rasa, das is' (...) also Pioniere sind da gerade mal jetzt (...) haben damit begonnen, was aufzubauen und da ist natürlich das Angebot für Patienten mit Migrationshintergrund erschreckend dürftig. **11:** Mhm (zustimmend), ja. **ID_13:** (lacht) Also von daher, da ich nun diesen Vergleich habe, will ich nicht über Hannover jammern, denn das is' wirklich, das is' wirklich schon toll, was es hier an differenzierten Angeboten gibt. Auch wenn man natürlich immer noch kreativ sein kann und kann noch andere Angebote sich überlegen. Das is' sicherlich auch erforderlich.“ (ID_13, 389-400)*

Deutlich wird in diesen Ausführungen aber auch schon, dass für bestimmte Bereiche noch Verbesserungsbedarf gesehen wird. Die Kritikpunkte und die Verbesserungswünsche beziehen sich

insgesamt weniger auf die Vielfalt und Differenziertheit als auf die Menge und die Zugangsmöglichkeiten zu den Angeboten und betreffen nicht unbedingt nur Migranten, sondern die Nutzer des Versorgungssystems generell; die Lage für Migranten wird jedoch teilweise als potenziert nachteilig geschildert. Die Mitarbeiterin der ambulanten Suchthilfe hält die Lage für katastrophal:

„Also ich denke, die sind total unterversorgt, also jeder Mensch, der hier in der Region psychisch krank ist, hat ja Schwierigkeiten... I2: Mhm (zustimmend). ID_1: ...adäquat behandelt zu werden. I2: Ja. ID_1: Weil... I2: Mhm (zustimmend). ID_1:..Plätze rar sind. I2: Ja. ID_1: Und das trifft für Menschen mit Migrationshintergrund in potenziert Form vor, weil sie sich nich' unbedingt auskennen und nicht verstanden fühlen... I2: Mhm (zustimmend). ID_1: ...oder auch wirklich nicht verstanden werden. Deswegen würde ich mal denken, dass das katastrophal ist.“ (ID_1, 941-954)

Im Folgenden werden die verschiedenen Bereiche der Versorgung vorgestellt, auf die sich die Kritik und die Verbesserungsvorschläge der Experten im Einzelnen bezogen haben.

Therapieplätze, muttersprachliche Psychotherapeuten

Drei der fünf Experten bemängelten die Versorgung mit Therapieplätzen. Generell gäbe es für alle Patienten zu wenige Plätze, das Angebot für Migranten, beziehungsweise solche Patienten, die eine muttersprachliche Therapie wünschten, sei aber insbesondere zu gering. Das Problem seien lange Wartezeiten und im Bedarfsfall könne es schwierig sein, an einen Therapeuten in der passenden Muttersprache weiter zu vermitteln, auch, weil die bürokratische Hürde groß sei, so der niedergelassene Psychiater:

„Da gibt's ja dann manchmal in seltenen Fällen die Möglichkeit der außervertraglichen Psychotherapie, also dass auch ohne Kassenzulassung dann im Einzelfall die Kasse 'ne Psychotherapie übernimmt. Aber da is' es natürlich so wie bei all solchen Dingen: je aufwändiger so was zu beantragen und einzuleiten ist, desto (...) also je höher die Schwelle da liegt, desto eher kommt es nicht zustande. Das muss man einfach so sehen. (ID_16, 635-640)

Verschärft stelle sich das Problem zudem für den Bereich der kriegstraumatisierten Flüchtlinge dar. Traumatherapie-Plätze seien sowohl stationär als auch im ambulanten Bereich generell sehr schwer zu erlangen.

Ambulanter Bereich

Für den niedergelassenen Psychiater und die Mitarbeiterin aus der ambulanten Suchthilfe liegt das größte Potenzial einer möglichen Verbesserung des Versorgungssystems vor allem im ambulanten Bereich, insbesondere zur Entlastung und als Alternative zu stationären Aufenthalten. Für den niedergelassenen Experten gilt es hier durch die Intensivierung von Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten Netzwerke zu schaffen und das eigene Versorgungsangebot somit zu erweitern. Die Expertin aus der Suchtambulanz betont die Notwendigkeit, ambulante Angebote besser zu bewerben und bei den Patienten, insbesondere Migranten, bekannter zu machen. Auch das Dolmetscher-Angebot müsse in diesem Bereich verbessert und auch finanziell abgesichert sein. Dieser gewünschten Entwicklung im ambulanten Bereich sind allerdings durch fehlenden Nachwuchs an Personal, insbesondere Personal mit Migrationshintergrund, Grenzen gesetzt: Drei der vier Experten sehen einen eklatanten Fachkräftemangel, obwohl man sich vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs nach Kräften um diese bemühe, so beschreibt es die Mitarbeiterin des ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes:

„[...] ich bin die einzige türkische Mitarbeiterin auch hier und es ist wirklich schwierig. Schwierig, alleine zu bewältigen. **I1:** Ja. **ID_1:** Weil es ist annonciert worden in der Zeitung und ich bin auch überall in Kulturvereinen, in Moscheen gewesen, um... **I1:** Ja. **ID_1:**...Mitarbeiter zu werben für uns, ähm (...) in den Altenpflegesschulen, in den Krankenpflegesschulen (...) das is' wirklich schlecht und es kommt keiner nach.“ (ID_5, 13-20)

Beide Expertinnen äußern die Vermutung, dass das Problem mit den hohen fachlichen Anforderungen an Pflegekräfte im ambulanten Bereich zusammenhängen könnte, die Hürde sei hier hoch:

„Aber die Voraussetzung ist ja für ambulante psychiatrische Pflege, die müssen Krankenschwester oder Altenpfleger sein, zwar (...) und zwei Jahre Berufserfahrung und die Weiterbildung zur allgemeinen Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie haben. **I1:** Okay. **ID_5:** Also sonst kann man hier leider nicht arbeiten. **I1:** Ja. **IP:** Das ist, das macht's vielleicht auch schwierig, hier anzufangen.“ (ID_5, 124-131)

Beratungs- und Anlaufstellen

Ein weiterer Bereich, für den Defizite und Verbesserungsbedarf festgestellt wurden, ist der Bereich der Beratung und Anlaufstellen. So bemängelte die Mitarbeiterin der ambulanten Suchthilfe, dass einschlägige Beratungsstellen erstens bei den Migranten nicht bekannt genug seien, zweitens seien diese oftmals überfüllt. Diese Angebote müssten sowohl im Zugang als auch inhaltlich viel niederschwelliger sein. Sie fordert hier einladende Angebotsformen, die auch direkt in den Schwerpunkt-Wohngebieten von Migranten verortet sein könnten. Der Experte aus der stationären Einrichtung äußerte die Überlegung, in seinem Arbeitsbereich eine Anlaufstelle in Form einer besonderen psychiatrischen Sprechstunde zu etablieren, wo insbesondere (aber nicht nur) Menschen mit Migrationshintergrund auf sehr niederschwelligem Niveau über Versorgungsangebote informiert werden könnten. Hier fehle es noch an „Kundenfreundlichkeit“ und „Transparenz“ (ID_13, 430-433). Der Vertreter des Rehabilitationsangebots sieht im Bereich muttersprachliche Anlaufstellen vor allem noch einen besonderen Bedarf bei Frauen aus islamischen Ländern:

„[...] ich denke eher, dass (...) Frauen, die sich aus ihrem kulturellen Kreis lösen wollen, 'ne zusätzliche Unterstützung brauchen, zum Beispiel durch (...) Kinderbetreuung, durch (...) gleichsprachliche oder muttersprachliche Ansprechpartnerinnen, die auch verstehen, was auch das Problem ist. Ich versteh' manchmal die Probleme (...) rational, aber gefühlsmäßig nicht. Ich glaub', da könnte es einen Entwicklungsbedarf geben.“ (ID_7, 451-456)

Migrantenspezifische Gruppenangebote, Tagesstätten und Tagesstrukturierung

Weitere Kritik und Anregungen für Verbesserung wurden für den Bereich von migrantenspezifischen Gruppenangeboten, Tagesstätten und tagesstrukturierenden Angeboten geäußert. Die Mitarbeiterin aus der ambulanten Pflege sieht in ihrer Arbeit Schwierigkeiten, ihren Patienten Gruppenangebote anzubieten. Es fehle insgesamt an gut erreichbaren muttersprachlichen Angeboten wie z. B. Gesprächskreisen oder Beschäftigungsangeboten. Ohne eine von ihrem Angebot nicht leistbare permanente Begleitung seien die Patienten nicht dauerhaft an diese anzubinden. Der Leiter des stationären Angebots wünscht sich insgesamt mehr migrantenspezifische Selbsthilfegruppen. Er beobachtet, dass die von seiner Einrichtung angebotenen tagesstrukturierenden Angebote und Tagesstätten von Migranten schlechter angenommen würden. Er vermutet hier, unter anderem, kulturelle Hürden als Ursache:

„[...] also ich glaub', dass die Tagesstätten-Angebote zum Teil eben auch schon auf unsern Kulturkreis so abgestimmt sind, das, was dort auch gemacht wird. Und dass das möglicherweise schwieriger ist für Patienten, dann da anzukoppeln. Das hat ja auch was mit Heimatgefühl zu tun oder mit (...) kulturellem Angenommen-Sein, dass es sozusagen da auch 'ne Individualität, 'ne kulturelle Ethik gelebt werden kann.“ (ID_13, 440-444)

Ein weiterer in der Psychiatrie generell noch defizitärer Bereich sei die Angehörigenarbeit. Ein Ausbau im Bereich dieses Angebots erscheine ihm insbesondere für Migranten wichtig, beispielsweise um die Akzeptanz in der Medikamenten-Therapie zu verbessern oder um bei tabuisierten Themen wie z. B. Suizidalität besser zwischen Patient und Familie vermitteln zu können.

Wissenstransfer: Aufklärung, (Fort-)Bildung

Weiteren Handlungsbedarf sehen die IP bei Prozessen des Wissenstransfers in verschiedene Richtungen. Auf der einen Seite sehen sie hier Aufklärungs- und Bildungsbedarf auf Versorgerseite, auf der anderen Seite aber auch bei den Migranten. Für letztere sehen der Experte aus dem Bereich Arbeit und Wohnen und der niedergelassene Psychiater einen Informationsbedarf bezüglich gewisser auch kulturell geprägter Vorstellungen von und im Umgang mit psychischen Erkrankungen, um die Behandlung zu verbessern bzw. die Patienten besser zu erreichen. Nicht konkretisiert wird dabei, wie genau dieser Wissenstransfer erfolgen könnte:

„Der zweite Bereich ist sicherlich (...) gut, aber da weiß ich auch nich', wer das nun machen soll und wie man das machen soll. Also im Bereich von Migration (...) ja mehr so 'n gesellschaftlicher Diskurs...also irgendwie 'n Diskurs, dass man den da in die Community rein tragen kann. Ja, dass irgendwo (...) irgendwas mit irgendwas anderem auch was zu tun hat.“ (ID_16, 667-671)

Die psychiatrische Pflegerin sieht Bildungsbedarf im Bereich der Sprachkompetenz der türkischen Community. So wünscht sie sich insbesondere für die jüngeren Generationen, dass diese sich bilden und die deutsche Sprache lernen. Aufklärungs- und Bildungsbedarf wird aber auch auf Seiten der Versorger gesehen. So halten die Vertreterin der Suchtambulanz und der Experte aus dem stationären Angebot die Herstellung und Bewahrung einer Grundsensibilität ihrer Mitarbeiter für das Thema Migration für sehr wichtig. Hierzu sollten immer wieder Fortbildungen besucht werden. Der niedergelassene Psychiater fordert Fortschritte bei der Entwicklung einer Ethnopsychiatrie als praktikablem Handwerkszeug in der Behandlung von Migranten-Patienten. Notwendig seien hier auch neue Erkenntnisse aus Forschungsarbeiten im Bereich von Psychiatrie und Ethnologie.

Dem Experten aus dem Bereich Arbeit und Wohnen geht es eher um Veränderungen in Hinblick auf die Gesamtgesellschaft. Er macht allgemein Defizite im Bereich des respektvollen menschlichen Miteinanders in bestimmten Bereichen des zwischenmenschlichen Zusammenlebens aus, von denen auch Menschen mit Migrationshintergrund betroffen seien. Als Beispiel führt er den in seinen Augen respektlosen und unwürdigen Umgang mit Migranten im Rahmen von Abschiebepraktiken in Deutschland an. Hier wünscht er sich positive Veränderungen hin zu mehr Respekt. Da Migranten aber insbesondere bei der Wohnungssuche oft zusätzlich benachteiligt seien, bräuchten diese hier noch mehr Unterstützung.

4.2 Experten: Vertreter von Migrantenselbstorganisationen

Im Rahmen der Experten-Interviews wurden auch vier Vertreter von Migranten-Selbstorganisationen im Raum Hannover interviewt. Diese repräsentieren Selbstorganisationen der vier großen Migrantengruppen in der Region: Türkischstämmige und Arabischstämmige sowie Migranten aus Staaten der ehem. Sowjetunion und dem ehem. Jugoslawien. Zwei der Experten (arabischstämmig und türkischstämmig) vertraten hierbei jeweils eine vorwiegend im religiösen Rahmen tätige Organisation (beides Moscheen innerhalb eines großen Dachverbandes), bei den anderen beiden handelte es sich um Vertreter von Vereinen, die ihre Hauptaufgabe eher im Rahmen allgemeiner kultureller, politischer und sozialer Arbeit verorten.

Alle IP stehen durch ihre Tätigkeit in engem Kontakt zu der jeweiligen Community, deren Interessen sie innerhalb ihrer Organisation vertreten.

A) Sozialpsychiatrischer Bedarf: Die größten Probleme in der Community

Ähnlich wie bei den Experten aus der Versorgung sollte bei den folgenden Ausführungen weder unhinterfragt davon ausgegangen werden, dass es sich bei allen genannten Problemfeldern ausschließlich um migrantenspezifische Problematiken handelt, noch, dass alle Migranten gleichermaßen davon betroffen wären.

Die Grenzen verlaufen auch hier fließend, wie in folgender Aussage von der IP (MSO ehem. Jugoslawien) deutlich wird:

„[...] Stress, also dieses Allgemeine, was auch wirklich alle Völker haben. Das kann ich jetzt nich' auf nur Balkan beziehen, sagen: ‚Wir aus 'm Balkan, wir haben das und das Problem.‘ Sondern im Allgemeinen: Stress, Alltag, Depressionen, so wie ich vorhin gesagt hab. Das (...) Normale.“ (ID_8, 271-274)

Dennoch wurden verschiedene Problemfelder angesprochen, welche die Mitglieder der eigenen Community besonders betreffen.

Familie, soziales Leben, Rollen

Den Ursprung vieler psychischer Belastungsmomente sehen die IP im sozialen Leben bzw. im engeren sozialen und familiären Umfeld.

Probleme können sich beispielsweise aus einer Überforderung aufgrund schwer zu bewältigender familiärer Verpflichtungen ergeben, insbesondere gepaart mit einer wirtschaftlich angespannten Haushaltssituation. So berichtet z. B. der IP (MSO Türkei), dass davon insbesondere die jüngeren Generationen vergleichsweise stark betroffen seien:

„Die Jugendlichen heute (...) sagen wir im Bereich so ab Zwanzig, also Ausbildung fertig und: ‚Ich suche Arbeit‘ bis (...) Fünfzig: ‚Ich hab' noch Kinder, ich hab' noch viel zu tun, ich habe sehr viele Verpflichtungen, ich muss (...) für Haushalt sorgen und für Kinder sorgen und für (...) Elternabend und für den Bedarf meiner Familie gehen‘, da is' der Bedarf inzwischen sehr stark gewachsen [...]“

„[...] und statistisch gesehen sagt man ja auch dazu, die Menschen mit Migrationshintergrund haben in der Regel mehr Kinder als Deutsche. Was heißt: mehr Verpflichtung und mehr Arbeit...“ (ID_2, 250-255 und 259-261)

Besonders häufig seien Frauen betroffen, die in vielen Migrantenfamilien mit der häuslichen Versorgung der meist vergleichsweise großen und kinderreichen Haushalte betraut sind:

*„[...] dann die ganze Familie zu bewältigen. **I1:** Mhm. **ID_3:** Viele Migranten zum Beispiel schicken nicht ihre Frauen zur Arbeit, wenn sie nicht ausgebildet sind, nach dem Motto: Okay, sie kümmert sich um die Kinder, sie hat genug Zeit. Das, wenn das so funktioniert, ist es kein Problem. Aber wenn das nicht funktioniert, dann entstehen zum Beispiel Probleme, und die ist nicht gut ausgebildet, die Frau, dann braucht sie wirklich Hilfe.“ (ID_3, 610-616)*

Eine eher Männer betreffende Problematik kann sich aus Veränderungen in der Rollenzuteilung innerhalb der Familien ergeben, die auch auf wirtschaftliche oder gesundheitliche Ursachen zurückgeführt werden können, etwa, wenn der Mann nicht arbeiten kann und die Frau stattdessen zum finanziellen „Versorger“ der Familie wird. So berichtet die IP (MSO ehem. Sowjetunion):

„Also ich glaube die Männer, also die leiden – also die Gruppen, die ich jetzt meine, ja, die auch so ‘n bisschen Probleme haben – mehr, weil diese Rolle also (...) die Rollen also innerhalb der Familie, die (...) meistens ändert sich das. Da war der Mann, der Geld verdient hat, der gearbeitet hat. Die Frau zwar auch, aber der Mann war über also (...) überwiegend derjenige, der dann die Familie versorgt hat. Und hier ist es oft also anders, gerade bei den Männern, die, also psychisch sage ich mal, so dann Probleme bekommen, die, wie gesagt, die sitzen dann ohne Arbeit und die Frau geht meistens und (...) die Frauen machen auch (...) oder finden Arbeitsstellen, die unter ihrem beruflichen Niveau sind. Also zur Not gehen sie dann putzen oder irgendwo (...) so was und damit verdienen die denn auch Geld. Reicht zwar nicht aus, zahlt trotzdem noch das Job-Center oder Sozialamt weiter, aber und (...) dieser Rollentausch ist für viele Männer sehr schwer zu verkraften.“ (ID_6, 154-165)

Ein anderer IP (arabischsprachige MSO) berichtet weiterhin, dass sich bestimmte Konflikte ergeben können aus traditionellen und/oder religiös begründeten Rollenvorstellungen und damit verbundenen Erwartungen innerhalb der Familie. Als Beispiel führt er Frauen an, die keine Kinder mehr bekommen können oder ausschließlich Mädchen gebären, was diese Frauen ihren Vorstellungen nach in ihrer sozialen Rolle abwerte. Das Resultat könnten dann etwa starke Schuldgefühle sein. Generell vermutet er eine hohe Dunkelziffer depressiver muslimischer Frauen. Auch die IP von der MSO des ehem. Jugoslawien betont häusliche Gewalt an Frauen als ein häufig beobachtetes Problem in der Community. Insgesamt könne man hier aber insofern eine positive Entwicklung feststellen, als dass sich viele Frauen gegenüber Hilfsangeboten öffneten:

*„[...] und dann gibt’s auch wieder die Abteilung der Gewalt, was bei uns, ‘ne, familiäre Gewalt, was bei uns immer wieder auftaucht. Ich stuf’ das immer so (...) in drei Kategorien. **I1:** Und was meinst du mit ‚wieder auftaucht‘? **ID_8:** Ja, das immer wieder Frauen darüber sprechen unter Frauen und (...) was ich zum Positiven jetzt gesehen hab’, was sich auch positiv entwickelt hat (lacht), dass sich auch viele scheiden lassen mittlerweile. Das hat sich verändert, dass Frauen auch wirklich Hilfe suchen, dass die wissen, es gibt Anlaufstellen.“ (ID_8, 136-143)*

Probleme in der Ehe spielen auch in den Ausführungen der russischsprachigen IP (MSO ehem. Sowjetunion) als Ursache psychischer Erkrankungen eine Rolle. Diese Probleme entstünden allerdings oftmals nicht erst im Zielland, sie würden sich in manchen Fällen aber nach der Migration verschärfen:

„[...] manchmal auch also Probleme mit dem Ehepartner (...) wie bei allen. Also (...) meistens also, wenn die Ehen nicht stabil waren vorher, nach der Ausreise viele hoffen, dass in (...) einem anderen Land ist ein Neuanfang möglich. Meistens ist das nicht der Fall und solche Familien, die (...) da kommt es zur Scheidung oder zur Trennung.“ (ID_6, 203-206)

Wirtschaftliche Situation, berufliche Integration und Bildung

Drei der vier MSO-Vertreter sahen auch die berufliche und finanzielle Situation in engem Zusammenhang mit dem seelischen Wohlbefinden der Migranten. So könnten Armut und Arbeitslosigkeit hierauf entsprechend negative Auswirkungen haben. Der IP aus der türkischsprachigen Moschee betonte, dass viele Migranten immer noch unterdurchschnittlich gut gebildet sowie beruflich benachteiligt seien und daher häufig unter finanziellem Druck stünden. Betroffen seien vor allem die älteren Generationen. Hingegen seien die jüngeren Migranten heute immer besser gebildet und hätten dementsprechend auch langfristig bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dennoch stünde auch vielen besser gebildeten jüngeren türkischen Migranten der Arbeitsmarkt nicht immer offen. Trotz hoher Qualifikation fänden sie beruflich keinen Anschluss, fühlten sich daher in Deutschland unwohl und gingen daher oftmals in der Hoffnung auf bessere Chancen in die Türkei:

*„Ich hab’ mir sehr viel von auch Bekannten berichten lassen, (...) dass sie hier zig Bewerbungen geschrieben haben, überall und die sind nicht untergekommen. Auch obwohl sie ziemlich guten Bildungsstand hatten und das is’ auch ’n Problem, also das Wohlfühl-Gefühl hier in Deutschland. **ID:** ...spielt da auch eine Rolle, bei der, bei dem Thema... **ID_2:** Natürlich, natürlich.“ (ID_2, 222-227)*

Arbeitslosigkeit und fehlgeschlagene Integration auf dem Arbeitsmarkt könnten zu Gefühlen der Nutzlosigkeit und Langeweile führen. Der IP aus der arabischsprachigen MSO sieht hier eine der Ursachen depressiver Erkrankungen in seiner Community (ID_3, 633ff). Die russischsprachige IP berichtet, dass in diesem Zusammenhang insbesondere fehlende Sprachkenntnisse eine berufliche Integration verhindern und dazu führen können, dass der erlernte Beruf in Deutschland nicht ausgeübt werden kann. Notgedrungen müsse dann auf andere Tätigkeiten ausgewichen werden, die zudem weit unter der eigentlichen Qualifikation lägen. Dies seien dann meist Tätigkeiten im Bereich schwerer körperlicher Arbeit, wo Sprachkenntnisse nicht unbedingt Voraussetzung für eine Einstellung sind. Dieser Umstand führe zu starker Unzufriedenheit und Frustration.

Diskriminierungserfahrungen, Vorurteile

Die Vertreter aus den beiden Moscheen stellen für ihre Communitys auch alltägliche Diskriminierungserfahrungen als Ursache für psychische Erkrankungen wie z. B. Depressionen fest. Der Experte der türkischsprachigen MSO sieht hier die Aufnahmegesellschaft in der Verantwortung:

„[...] viele haben auch Probleme, hier in Deutschland sich zu Hause zu fühlen. Immer noch nach zig Jahren, auch wenn man um so (...) das Thema ‚Integration‘ (...) in den Vordergrund bringt, man liest fast tagtäglich irgendwelche Schlagzeilen, die nicht positiv sind in diesem Bereich und da fühlt man sich auch nicht unbedingt wohl. Es gibt tagtäglich Berichte aus Mitgliedern, die sich angegriffen fühlen oder diskriminiert fühlen, einfach nur, weil sie mit Kopftüchern (klopft auf den Tisch) bekleidet sind [...]“ (ID_2, 198-204)

Der ehrenamtliche Mitarbeiter aus der arabischsprachigen MSO teilt diese Beobachtung. Die Reaktion auf Diskriminierungserfahrungen falle dabei in seinen Augen unterschiedlich aus: Frauen neigten tendenziell eher dazu, sich zu isolieren und zurückzuziehen; Männer zeigten als Reaktion eher aggressives Verhalten.

Orientierungslosigkeit, Überforderung in der Aufnahmegesellschaft, Misstrauen

Drei der vier IP berichteten, dass viele Migranten sich in verschiedener Hinsicht mit bestimmten Strukturen der Aufnahmegesellschaft überfordert und orientierungslos fühlten. So könnten beispielsweise Behördengänge, die Suche nach Hilfsangeboten bei sozialen Problemen, die Orientierung in einer fremden Umgebung oder sogar ganz normale Alltagsabläufe zu einer übergroßen Herausforderung werden und zu Frustration und Gefühlen von Hilflosigkeit führen, die in manchen Fällen auch in einer psychischen Erkrankung münden könnten. Insbesondere für Migranten, die aus ländlichen Gebieten ihres Herkunftslandes stammten, könne das Leben im städtischen Kontext schwierig sein. Das erlebt die IP aus der russischsprachigen MSO bei vielen Menschen, die zu ihr in die Beratung kommen:

„Angefangen mit (...) ja Telefonanschluss, Telekommunikation, solche ganz einfachen Sachen, wo man denkt, also ein Telefon, also da muss doch jemand sich darum kümmern, dass ich ein Telefon habe oder so oder Anschluss oder (...) und ganz viele Sachen. So eigentlich für uns ganz simple Sachen und ganz einfache Sachen, aber das (...) die kommen, die verstehen das nicht. Und das also, das ganz anderes und gerade, wenn sie aus einer ländlichen Gegend kommen, wo oft die Nachbarn und wo das alles ziemlich übersichtlich war, überschaulich und hier in Hannover ist schon eine große Stadt. Hier kommen die gar nicht klar. Auch die U-Bahn, also was für uns eigentlich ganz einfach ist, einzusteigen und man weiß, wo man aussteigt. Und das ist für die also eine dermaßen Überforderung, und ich glaube, also von dem ganzen also, ne. Ja und da gibt's dann solche auch (...) nehme ich an, dann bricht auch diese Krankheit also (...), die kommen nicht klar.“ (ID_6, 134-145)

Zu dieser Hilflosigkeit geselle sich bei einigen ein ausgeprägtes, in ihren Augen manchmal krankhaftes Misstrauen, welches wiederum Konsequenzen für den Zugang zu Hilfsangeboten haben kann (s. u.).

Traumatisierung durch Krieg, Armut, Verfolgung, Flucht

Zwei MSO-Vertreter berichteten, dass sie bei vielen Menschen aus Kriegsgebieten unverarbeitete Traumata vermuten. Laut der IP aus dem ehemaligen Jugoslawien, blieben bei Flüchtlingen des Jugoslawienkrieges hier viele Erlebnisse in der Zeit seit dem Ende des Krieges unausgesprochen. Auch der IP von der arabischsprachigen MSO sieht bei vielen Menschen aus Bosnien, aus kurdischen Gebieten oder dem Irak, aber auch aus aktuellen Krisenregionen wie Syrien und anderen Ländern, die im Rahmen des *Arabischen Frühlings* von gewaltsamen Auseinandersetzungen geprägt sind, einen hohen Bedarf an psychiatrischer Versorgung.

Sprachbarriere

Wie weiter oben bereits angesprochen, können fehlende Sprachkenntnisse die Integration in bestimmte gesellschaftliche Teilbereiche wie dem Arbeitsmarkt erschweren oder sogar unmöglich machen und damit indirekt Auslöser von psychischen Erkrankungen seien. Die Sprachbarriere kann Exklusionsgefühle gegenüber der Gesellschaft des Aufnahmelandes fördern und somit psychische Krankheiten insgesamt begünstigen:

„Auf der anderen Seite natürlich, wenn sie nicht die Sprache können, also nicht so richtig top fit sind, dann können sie vieles nicht verstehen. 11: Okay. ID_3: Das reflektiert auf sie.“ (ID_3, 424-427)

Identitätskonflikte und fehlendes Zugehörigkeitsgefühl

Ein weiterer Faktor, der sich belastend auf Migranten auswirken kann, wurde von zwei IP beschrieben: Eine fehlende Akzeptanz und ein nicht anerkanntes Zugehörigkeitsempfinden seitens der Aufnahme- sowie der Herkunftsgesellschaft. Auch wenn sie persönlich damit gut klar käme, so die IP (MSO ehem. Jugoslawien), erlebten es insbesondere die älteren Generationen teilweise als schwierig, wenn sie sowohl in Deutschland als auch in ihrem Heimatland als Ausländer und als fremd gelten und nirgendwo wirklich angenommen würden. Für manche könne dies eventuell eine große psychische Belastung bedeuten:

„Leute, die jahrelang hier waren, diesen Zwiespalt zwischen Heimatland und Deutschland, das is' ja auch nich' ganz einfach, zwischen zwei Welten zu leben. Für die, die damals als Gastarbeiter hierher gekommen sind und auch wirklich 'n harten Weg hatten und (...) das is' jetzt auch wieder dieses (...) Hin- und Hergerissene: ‚Gehe ich jetzt zurück, bleibe ich hier? Wo bin ich denn zu Hause?‘ Und das is', was bei vielen zu Depressionen führt und einfach, (...) zu verschiedenen Krankheiten.“ (ID_8, 166-172)

Während diese Vertreterin weiter ausführt, dass die Kinder dieser älteren Generation hiervon schon weit weniger betroffen seien, stellt der Vertreter aus der arabischsprachigen IP hingegen fest, dass es vor allem die dritte Generation sei, die mit diesem Zwiespalt zu kämpfen habe.

Sonstiges

Der IP aus der arabischsprachigen MSO weist auf einen seiner Meinung nach bisher noch wenig beachteten Aspekt hin: Für viele Menschen aus arabischsprachigen Ländern könne das Wetter in Deutschland, insbesondere in den Wintermonaten, wo die Tage kurz seien und die Temperaturen niedrig, einen negativen Einfluss auf das seelische Wohlbefinden haben.

B) Erfahrungen mit dem Versorgungssystem: Wichtige Faktoren im Zugang und in der Behandlung

Zentraler Aspekt in den Gesprächen mit den IP der beteiligten MSOen waren auch die Erfahrungen, die die jeweilige Community mit dem Versorgungssystem macht. In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Hürden im Zugang zu Versorgungsangeboten und in der Versorgung selbst thematisiert.

Wie an anderer Stelle bereits erläutert, können sich die im Folgenden vorgestellten Aspekte jeweils auf den Zugang und gleichzeitig auch auf die Behandlung selbst beziehen und hier als Barrieren wirken.

Tabus und Schamgefühle: Hürden in der Besprechbarkeit und fehlendes Eingeständnis psychischer Probleme

Alle IP berichteten davon, dass manche Migranten gehemmt seien, von bestimmten scham-behafteten Themen zu erzählen und diese im sozialen Umfeld oder im Arzt-Patienten-Verhältnis zu formulieren. Dies empfanden die IP als Problem, wenn es beispielsweise schwierig wird, sich gegenüber dem Arzt zu öffnen und Hilfe in Anspruch zu nehmen:

*„Weil natürlich is' für Frauen peinlich jetzt, dass ein fremder Mann über ihre Geheimnisse kennt. Und besonders auch das Problem auch bei manchen Geheimnissen, wenn in der Ehe etwas schief läuft. Laut Tradition, das Tradition natürlich darf nicht an die Öffentlichkeit gehen. **I1:** Mhm (zustimmend). **ID_3:** Jetzt kommt ein fremder Arzt bei uns zum Beispiel, jetzt sitzen sie gehen bei mir, ich kenne sie zum ersten Mal, ich weiß nicht, wer sie sind oder wie sie denken oder wie sie vorstellen. **I1:** Ja. **ID_3:** Aber sie sind A...zum beispielsweise sie wären Arzt, ich muss Ihnen alles verraten, was ich habe... **I1:** Mhm (zustimmend). **ID_3:** (atmet hörbar tief ein) Das is' schwierig...“ (ID_3, 471-483)*

Hier spielen nicht nur Schamgefühle eine Rolle, ein Bruch mit dieser kulturell begründeten Verhaltensnorm kann durchaus auch zu Sanktionen seitens des sozialen Umfelds führen, wie in den folgenden Ausführungen der folgenden IP (MSO ehem. Jugoslawien) deutlich wird:

„Man spricht nicht darüber. Also das, was zu Hause passiert, passiert zu Hause, darüber wird nich' nach außen gesprochen. Wenn man darüber nach außen hin spricht, dann (...) hat's Konsequenzen, solche Sachen. Und so sind wir erzogen, wo leben wir und so geben wir's weiter. Das heißt, nach außen hin sind wir alle sehr glücklich, auch zufrieden in der Ehe, dies und das, aber (...) das kriegt man so nich' mit. Das is' (...) das is' von der Kultur her.“ (ID_8, 702-707)

Psychosoziale Probleme seien Privatsache, würden im engsten Umfeld des Kranken verhandelt; nach Lösungen würde innerhalb privater Hilfssysteme gesucht.

Auch das fehlende Eingeständnis psychischer Probleme, das jedoch oftmals für die Behandlung beispielsweise depressiver Erkrankungen sehr wichtig sei, beschreiben die IP daher als problematisch. Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Angst vor sozialen Sanktionen hindere viele Migranten daran, zu akzeptieren, dass sie krank und hilfsbedürftig sind, und dieses auch nach außen zu kommunizieren. Das bewirke wiederum, dass der Zugang zu Hilfe verschlossen bliebe und eine Beratung geschweige denn eine Behandlung nicht oder zu spät in Anspruch genommen würde:

*„Aber das Problem ist wiederum, dass die Menschen sehen das nicht ein, dass sie das benötigen. **I1:** Okay, ja. **ID_6:** Wenn man sagt: ‚Psychosoziale Beratung, das schreckt gleich ab‘, und dann die sagen hier mir dann auch: ‚Ich bin doch kein (...) also ich bin doch nicht psychisch krank, was erzählen Sie mich hier. Sie sind psychisch krank!‘ Das habe ich auch schon erlebt (lacht).“ (ID_6, 292-298)*

„Ich glaub', da werden immer wieder andere Wege gesucht. Heilmittel, irgendwelche Pflanzen, also man macht erst mal alles drum herum und wirklich im Endstadium, (...) wo man dann hier wirklich sagt: ‚Okay, (...) Wunstorfreif', ne, geht man glaub' ich da erst zum Arzt.“ (ID_8, 309-312)

Die IP von der MSO aus dem ehem. Jugoslawien sieht diese Tendenz eher bei Männern als bei Frauen, obwohl sie insgesamt eine positive Entwicklung im Umgang mit psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen, feststelle. Die jüngeren Generationen in Deutschland lernten bereits als Kinder, offener mit Problemen umzugehen und psychische Krankheit als normal zu begreifen.

Die Mitarbeiterin aus der russischsprachigen MSO betont diesbezüglich, wie wichtig das familiäre Unterstützungssystem an dieser Stelle sei. Die familiäre Begleitung und Unterstützung von Patienten könne bewirken, dass Ängste vor einer gesellschaftlichen Stigmatisierung abgebaut und Hilfsangebote eher in Anspruch genommen würden (ID_6, 110-113).

Verständnis in der Behandlung: Sprache und kultureller Hintergrund

Drei der vier MSO-Vertreter bemängelten das Unterangebot muttersprachlicher Fachärzte im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem, also von Psychiatern, Psychotherapeuten usw. So gäbe es zu wenige türkisch-, arabisch- und russischsprachige Behandler, an die vermittelt werden könne. Viele Menschen wüssten daher auch einfach nicht, an wen sie sich bei Bedarf wenden können. Der Vertreter der türkischsprachigen MSO beispielsweise gab an, nicht einen einzigen türkischen Psychiater in Hannover zu kennen. Die Sprachbarriere kann eine Behandlung erschweren beziehungsweise, so berichtet die IP der russischsprachigen MSO, in einigen Fällen sogar schlicht unmöglich machen. Dass es gerade im psychotherapeutischen Gespräch aber nicht nur um bloßes sprachliches Verstehen, sondern auch um Verständnis geht, deutet sich in den Ausführungen der IP aus dem ehem. Jugoslawien an:

„Es ist doch, also für viele, was mir auffällt, is’ es leichter, wirklich in seiner eigenen Sprache die psychologischen Probleme darzustellen.“ (ID_8, 598-600)

Die Anwendung einer gemeinsamen Sprache kann im Rahmen einer Versorgung mehr Sicherheit verleihen, wenn über unter Umständen schwierige Themen gesprochen wird und Problematiken dadurch präziser zu erklären sind. Für eine erfolgreiche Behandlung und den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, so betonten drei der vier IP, kann es wichtig sein, auch den kulturellen Hintergrund des Patienten zu kennen, um so Missverständnisse zu vermeiden:

*„Also, ’n Arzt, der nur die deutsche Kultur kennt, deutsche Lebensweise... **I1: Ja. ID_2:**...und (...) ein Verständnis dafür entwickelt hat, aber für das Andere weniger (...) wird es, kann es häufig so kommen, wie Sie meinen (...) der Patient erzählt etwas und der Arzt grübelt im Kopf: ‚Wieso meint der das so und wieso... **I1: Ja. ID_2:** ...glaubt er das, so is’ es besser oder wie auch immer. **I1: Ja. ID_2:** Und er kann kein Verständnis dafür entwickeln, für das Problem und dementsprechend keine Lösung, sicherlich is’ das auch ’n Problem [...]“* (ID_2, 542-553)

Auf psychologischer Ebene sei dies besonders bedeutsam:

*„Psychologie, wie gesagt, Psychologie (...) hat ja nichts mit dem Physik zu tun. **I1: Ja. ID_2:** Also Physik, da kann man sagen: ‚Gut, da braucht man einfach ’n Dolmetscher vielleicht, den man dazustellen und der Arzt sieht auch sehr vieles selber‘ (...). Und das andere braucht... **I1: Ja. ID_2:** ...gegenseitiges Verständnis, dass man sein Problem erzählen kann, der andere es verstehen kann und dann (...) dass man sich zu einem... **I1: Ja. ID_2:** ...zu einer Lösung hinbewegt.“* (Ebd., 562-571)

Der IP von der arabischsprachigen MSO macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass speziell auch das Verstehen der oft komplexen medizinischen Fachsprache in der Behandlung für einen Migranten-Patienten eine zusätzliche Hürde darstelle. Aus diesem Umstand heraus ergäben sich damit auch ganz spezielle Anforderungen an den in der Behandlung eingesetzten Dolmetscher.

Medikamentöse Behandlung

Einer der IP (arabischsprachige MSO) erläuterte, dass es im Rahmen der medikamentösen Therapie zu Missverständnissen zwischen Therapeut und Patient kommen kann. Eine richtige Information durch den Arzt sei sehr wichtig, da ansonsten die Gefahr bestünde, dass die Einnahme (die oft über sehr lange Zeit hinweg notwendig sei) nicht regelmäßig erfolge oder die Therapie durch den Patienten gänzlich abgebrochen werden könne.

Die Wahrnehmung der Rolle des Arztes

Zwei der interviewten MSO-Vertreter wiesen darauf hin, dass sich die auf den behandelnden Arzt projizierten Erwartungen bei Migranten ganz anders darstellen könnten als bei Deutschen ohne Migrationshintergrund: Der arabischsprachige MSO-Vertreter betont beispielsweise, dass muslimische Patienten unter Umständen ganz andere Ansprüche an den Arzt und seine Behandlung hätten. Dies ergebe sich zum Teil aus den in seinen Augen sehr hohen ethischen Maßstäben, die aus einer islamisch-religiösen Überzeugung heraus an den Beruf des Arztes gelegt würden. Viele deutsche Ärzte sähen in ihren Patienten, so kritisiert er, lediglich eine Einkommensquelle. Im Islam hingegen würde die ärztliche Tätigkeit als Berufung mit hoher ethischer Verantwortung gegenüber dem Patienten betrachtet, die einem deutschen Arzt fehle:

*„Ja, und das ist eine Treuhand. Wenn Sie mein Patient sind, dann sind Sie für mich wie ein Bruder oder Vater. **I1:** Mhm (zustimmend). **ID_3:** Ich muss Sie behandeln, genau wie meinen Bruder und Vater, den ich liebe, nicht hasse. **I1:** Ja. **ID_3:** Und meine volle Ethik investiere, um das zu machen. **I1:** Okay. **ID_3:** Und die deutschen Ärzte kennen das nicht. **I1:** Okay. **ID_3:** Der deutsche Arzt, für ihn ist der Patient 'n Kunde.“ (ID_3, 793-803)*

Darüber hinaus existiere im Islam die Vorstellung, dass der Arzt im Grunde nicht selbst der Heiler, sondern lediglich Mittler sei; die eigentliche Heilkraft komme allein Allah zu. Deutsche Ärzte könnten hier ihre Autorität und kurative Kompetenz in Frage gestellt sehen.

Auch die IP von der russischsprachigen MSO erläutert, dass unterschiedliche Vorstellungen über die Rolle des behandelnden Arztes im Rahmen der Behandlung eine maßgebliche Bedeutung erlangen können. So genieße insbesondere der Hausarzt in russischsprachigen Ländern eine sehr große Autorität. Sein Rat werde sehr hoch eingeschätzt, wohingegen Angebote wie z. B. Beratungsstellen oft kein hohes Ansehen genießen und dementsprechend weniger genutzt würden. Gerade der Hausarzt könne daher eine Schlüsselfigur in der Vermittlung sozialpsychiatrischer Angebote spielen (s. u.).

Information, Orientierung

Die Vertreter der MSOen beobachten bei den Erfahrungen ihrer Communitys mit dem Versorgungssystem verschiedene auf Desinformation zurückgehende Hürden im Zugang zur Versorgung. Der IP aus der türkischsprachigen MSO sieht hierin sogar das zentrale Problem für die Versorgung:

„Ich denke, die Institutionen, die wissen, was gemeint ist und (...) wenn jemand erkrankt ist und dort ankommt, (...) dass ihm auch geholfen wird, aber so der Weg bis dahin ist das (...) ist das Problem, denke ich mal (...).“ (ID_2, 594-596)

Hier fehle es an der nötigen Orientierung darüber, welche Hilfsmöglichkeiten überhaupt bestehen, was wiederum auf die mangelnde Information und Bildung vieler Mitglieder der Community zurückgeführt werden könne. Auch die IP (MSO ehem. Jugoslawien) beschreibt dieses Problem.

Allerdings hält sie diesen Aspekt vor allem für ältere Menschen für bedeutsam. Gerade diese hätten immer weniger Möglichkeiten, sich zu informieren, da die modernen Massenmedien – wie das Internet – mittlerweile mit die wichtigsten Informationskanäle darstellten. Der Umgang mit diesen würde damit vorausgesetzt, stelle allerdings für diese Gruppe eine hohe Barriere dar.

Beratungsstellen

Für die IP (MSO ehem. Jugoslawien) sind gerade die Übergangslösungen bis zu einer Therapie sehr wichtig, da Therapieplätze generell sehr schwer zu bekommen und die Wartezeiten viel zu lang seien. Das Angebot von Beratungsstellen in Hannover sei groß und würde von den Mitgliedern der Community auch genutzt. Die IP aus der russischsprachigen MSO hingegen bemängelt die schlechte Zugänglichkeit der Beratungsstellen für russischsprachige Menschen: Das Angebot sei zwar in Hannover vorhanden, Migranten würden aber nicht erreicht, da zu wenige Angebote muttersprachlich beraten könnten.

C) Angebote und Handlungsfelder der Migrantenselbstorganisationen

Informieren, beraten und sensibilisieren

Alle vier MSOs sehen eine ihrer Hauptaufgaben (neben religiösen, sozialen und kulturellen Angeboten und verschiedenen Freizeitaktivitäten etc.) in der Beratung ihrer Mitglieder zu verschiedenen Themenkomplexen. Konkret wird im Rahmen von angebotenen Seminaren, Informationsveranstaltungen und Vorträgen von eingeladenen Spezialisten über gesamtgesellschaftliche Themen aus Politik, Recht oder auch Gesundheit informiert. Zwei der vier IP werden in ihrer Organisation auch als Integrations- bzw. Migrationslotsen eingesetzt. Ein spezifisch sozialpsychiatrisches Beratungsangebot gibt es in keiner der befragten Organisationen. Dennoch sind sie bemüht, Betroffene nach Möglichkeit an geeignete Stellen weiterzuleiten, d. h. an Ärzte, Beratungsstellen usw. zu verweisen und die Mitglieder insgesamt für das Thema zu sensibilisieren.

So sieht der Vertreter der türkischsprachigen Gemeinde genau in diesem Bereich das eigentliche Handlungsfeld seines Vereins:

*„Ich muss erst mal klarstellen, dass sich die (NAME DES VEREINS) nicht (...) die Herausforderung annimmt, zu sagen: ‚Wir wollen letztendlich zu einer gesundheitlichen (...) Gesundheitsinstitution werden.‘ **ID_2:** Mhm (zustimmend). **ID_2:** Das nicht, sondern wir wollen eher die Lenker werden, dass wir, dass man die Leute richtig berät.“ (ID_2, 388-393)*

Selbiger gibt an, dass genau zu diesem Zweck vor einiger Zeit auch eine Telefon-Beratungshotline als erste Anlaufstelle für (sozialpsychiatrische) Probleme durch den Dachverband ins Leben gerufen wurde, wo die Mitglieder sich (auch zu anderen Themen) beraten lassen und informieren können. Man habe in der Vergangenheit auch schon Analysen in der eigenen Gemeinde durchgeführt, um zu sehen, wie der Bedarf im sozialpsychiatrischen Bereich bei den Mitgliedern aussieht. Eine Reaktion auf den dabei beobachteten Mangel an türkischen Psychiatern war eine Unterschriftenaktion, mit der gefordert wurde, die rechtlichen Hürden für das Praktizieren von Psychiatern aus der Türkei abzubauen.

Religion als kurative Ressource bei psychischen Problemen

Die beiden Vertreter aus den Moscheen sehen im religiösen Angebot ihrer Einrichtungen ein ganz besonderes Potenzial:

„Von daher lassen sich auch einige Probleme auch im Bereich unserer Institution lösen, weil... **12:** Mhm (zustimmend). **ID_2:** ...Religion heißt nicht nur, einfach etwas leben, sondern auch 'ne Lebensweise und (...) dass man sich damit abfindet, auch wenn man Probleme (...) hat, dass man sich versucht, innerhalb dieser Religion dafür auch 'ne Lösung zu finden und da muss ich sagen, unsere Einrichtungen sind hier in dem Bereich eigentlich Gold wert.“ (ID_2, 335-341)

Der Experte aus der arabischsprachigen Gemeinde ist der Meinung, dass religiöse Menschen insgesamt stabiler seien; den Koran zu lesen und zu hören könne beruhigend wirken und entlasten. Religion bzw. die religiöse Praxis könne somit eine erste Hilfsmaßnahme bei psychischen Belastungssituationen darstellen.

Grenzen der Handlungsmöglichkeiten

Drei der vier IP machten deutlich, dass die Möglichkeiten, innerhalb der eigenen Organisation bei sozialpsychiatrischen Problematiken zu intervenieren, insgesamt eingeschränkt seien. Hierbei kommen verschiedene, begrenzende Faktoren zum Tragen:

Der IP aus der türkischsprachigen MSO führt an, dass insbesondere durch die begrenzten Haushaltsmittel der Spielraum des Vereins eingeschränkt sei. Ein Großteil der Arbeit würde ehrenamtlich ausgeführt. Ähnliches berichtet die IP von der russischsprachigen MSO. Die finanzielle Grundlage, wie beispielsweise für die Stelle der Migrationsberaterin, sei oftmals projektgebunden und daher bestehe die permanente Unsicherheit über eine konstante Weiterführung der Unterstützung.

Einschränkungen sehen die Vertreter aber auch in den zeitlichen Ressourcen und der eigenen eingeschränkten Erfahrungs- und Handlungskompetenz im Bereich psychischer Erkrankungen. In den Ausführungen der IP aus der russischsprachigen MSO werden hier Überforderung und Hilflosigkeit deutlich:

„[...] ich sage zwar denen, dass (...) sie sollen sich an einen Arzt wenden und so, aber ich bin kein Arzt und ich kann das so dermaßen nicht diagnostizieren, ja. Da, ich finde, da muss auch schon entweder der Hausarzt oder irgendwie auch (...) na ja (...) gucken, was man da machen kann. **11:** Ja. **ID_6:** Ja, aber ich muss sagen, ich hab' auch nicht so viel Zeit, um so (...) ganz also oder um mit zum Beispiel mit jemandem so tief also in die Beratung einzusteigen, oder dass ich da praktisch begleite ihn und (...) klar man könnte auch (...) den Hausarzt anrufen und fragen also, ob sie da auch behandelt wird. Aber es ist auch, ich weiß nicht, datenschutzrechtlich irgendwie (...) nicht immer in Ordnung, finde ich, also, (...) nur wenn ich merke wirklich, dass der Mensch gar nicht klarkommt und dass der verwaist und dass da (...) dann agiere ich dann. (...) Das is' ein (...) ich finde sehr schwieriger Bereich. Also oft ist man der Situation ausgeliefert, auch hier, man weiß gar nicht, was man machen soll.“ (ID_6, 224-237)

Ähnliche Unsicherheit darüber, wann ein Engagement richtig ist und wann es zu weit führt bzw. rechtliche Bedingungen verletzt werden könnten, äußert auch die IP von der MSO aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Vernetzung

Die Vernetzung der Migranten-Selbstorganisationen mit Angeboten aus dem sozialpsychiatrischen Bereich in der Region Hannover beschränkt sich demzufolge auf eine vereinzelt und sporadische Vermittlung und Weiterleitung an Beratungsstellen und Ärzte in dringenden und akuten Fällen.

D) Verbesserungsvorschläge und Wünsche in Bezug auf die Versorgung

Bezogen auf das Versorgungssystem hatten alle IP konkrete Verbesserungsvorschläge, um den oben beschriebenen Bedarf der Mitglieder der Communitys besser decken zu können. Auch wenn, wie oben erläutert, die Organisationen selbst in eingeschränktem Maße versuchen, hier tätig zu sein, sehen alle vier Vertreter Handlungsbedarf in bestimmten Bereichen. Die größten Defizite aber auch das meiste Potenzial sehen sie in den Feldern Information, Aufklärung und Beratung.

Beratung, Anlaufstellen

Ein Teil der IP wünscht sich dabei eine merkliche Stärkung der Beratung in den eigenen Organisationen. Der IP von der arabischsprachigen MSO schlägt vor, spezifische Beratungsstellen in allen Gemeinden zu schaffen, die zum einen mit entsprechend kompetentem und ausgebildetem Personal ausgestattet sind und zum anderen anonym beraten. Die IP von der MSO ehemaliges Jugoslawien sieht ebenfalls die Chance, Migranten in Anlaufstellen innerhalb der Vereine zu sensibilisieren. Dort könne es gelingen, das Thema *psychische Krankheit* zu enttabuisieren und den Diskurs innerhalb der Community über das Thema *psychische Krankheit* Schritt für Schritt in Richtung einer *Normalisierung* zu verändern:

„Und (...) man sollte immer wieder (...) wirklich den Leuten versuchen, klarzumachen, dass es (...) was Normales is' (...) wenn man psychische Probleme hat, dass es nichts Außergewöhnliches ist. Genau. I1: Wie könnte man das machen? ID_8: Also wie gesagt, das, was wir jetzt machen, was wir jetzt starten is' halt, dass (...) ich da bin, dass ich darüber spreche und dass es für mich 'ne ganz normale Sache is'. I1: Ja. ID_8: Und (...) dass ich mich damit auseinander gesetzt hab', dass es Anlaufstellen gibt und dass ich das auch weitergebe. Und ich finde auch, andere im allgemeinen Vereine (...) alle (...) alle sollten informiert sein, dass es kein Tabuthema ist, weil bei vielen ausländischen (...) Mitbürgern is' es 'n Tabuthema.“ (ID_8, 569-579)

Die IP der russischsprachigen MSO wünscht sich hingegen, dass auch Beratungsangebote, die außerhalb des Vereins bestehen, häufiger in der Muttersprache beraten. Diese müssten darüber hinaus viel niederschwelliger zugänglich sein. Eine Möglichkeit sieht sie in der Schaffung von auch für junge Menschen attraktiven Angeboten in Kooperation mit den Wohnungsunternehmen und Wohlfahrtsverbänden, die direkt in den Schwerpunkt-Wohngebieten angesiedelt sein sollten. Auf diese Weise könnten mehr Migranten erreicht und insbesondere jüngere Menschen besser eingebunden werden. Voraussetzung hierfür wäre eine entsprechende Finanzierung durch öffentliche Stellen – sie äußerte jedoch aufgrund vergangener Erfahrungen Zweifel daran, dass dies gelingen könnte.

Angesichts der hohen autoritären Stellung, die der Hausarzt in den Augen der russischsprachigen Community genießt, sieht sie durch diesen eine besondere Chance für eine erfolgreiche Beratung in puncto psychiatrischer Probleme. Dazu müssten aber zunächst die Hausärzte entsprechend für das Thema sensibilisiert werden.

Wissensmultiplikation innerhalb der Community, Aufklärung

Drei der vier Informanten wünschten sich für ihre Communitys mehr Fortbildungsangebote. Diese sollten einerseits in den eigenen Organisationen durch eingeladene Experten erfolgen. Der IP von der türkischsprachigen MSO erhofft sich dadurch insgesamt eine Verbesserung der Fähigkeit seiner Mitglieder, den eigenen Gesundheitszustand einzuschätzen. Er kann sich aber auch Informationsveranstaltungen direkt in den Arbeitsbetrieben vorstellen, wo besonders viele Migranten arbeiten. Der IP der arabischsprachigen MSO betont auch, wie wichtig es ist sei präventiv zu informieren, da viele Migranten zu spät Hilfe in nahmen.

Therapieplätze, auch kultursensibel und muttersprachig

Die beiden Vertreter der muslimischen MSOen wünschen sich mehr Ärzte, die sowohl in der Muttersprache als auch kultursensibel behandeln können. Dabei sehen sie in erster Linie die Ärzte in der Pflicht, sich mit dem kulturellen Hintergrund und der Mentalität ihrer Patienten zu befassen, um auch insgesamt adäquater zu behandeln:

„Also so was zum Beispiel, diese Art von Verständnis, also man muss wirklich also versuchen, die Ärzte zu überzeugen, (...) sich in diesem Sinne gut fortzubilden [...].“ (ID_3, 1214-1216)

Der IP von der türkischsprachigen MSO hält eine zeitnahe Lösung in Form einer vereinfachten Zulassung für türkische Psychiater für eher praktikabel – eine entsprechende Petition wurde vor einiger Zeit auf den Weg gebracht. Die IP der MSO aus dem ehemaligen Jugoslawien sieht dagegen das Hauptproblem insgesamt eher bei der zu geringen Anzahl an Therapieplätzen insgesamt. Die Wartezeiten seien viel zu lang; hier müssten mehr Plätze geschaffen werden.

Vernetzung, Kooperation

Grundsätzlich zeigten alle Vertreter der MSOen Interesse an einer Vernetzung. Es wird die Chance gesehen, hier die eigenen Potenziale als Multiplikatoren mit den Angeboten aus der Region zu verzahnen, in dem zum Beispiel Angebote in den Gemeinden bekannter gemacht oder noch mehr Fachleute in die Einrichtungen eingeladen würden. Dazu sei es aber notwendig, so der Vertreter der arabischsprachigen Moschee, auf die Organisationen zuzugehen und vorhandene Vorurteile insbesondere gegenüber religiösen Einrichtungen abzubauen. Denn gerade diese böten die Chance, besonders viele Menschen zu erreichen:

*„Moscheen können mehr wirken als andere, weil zum Beispiel ein Verein hat manchmal so zwanzig Mitglieder. Aber wenn zum Beispiel Moscheen, eine Zulaufstelle manchmal, bis zu zwei- dreihundert Familien. **I1:** Ja. **ID_3:** Das sind also tausend, zweitausend Personen, das hängt von der Größe der Moschee ab. Und da muss man also mit denen ehrlichen, guten Kontakt haben, nicht sie sofort stempeln wie (...) ja Fanatiker oder Terroristen oder (...) ja: ‚Religiös, nein danke, das wollen wir nicht mischen, wir sind neutraler Standort!‘ Das ist Quatsch! Im Christentum und so weiter, die Hälfte der Krankenhäuser sind christlich, keiner redet darüber. **I1:** Ja. **ID_3:** Über Muslime, sofort werden sie verurteilt. **I1:** Ja. **ID_3:** Das muss man abbauen. Und mehr mit denen zusammenarbeiten, weil die Moscheen sind offen für gute Ideen.“ (ID_3, 1114-1128)*

4.3 Nutzer des Versorgungssystem: Patienten und Angehörige

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden insgesamt acht Patienten und Angehörige interviewt. Bei den Angehörigen handelt es sich dabei jeweils nicht um Angehörige der befragten Patienten.

Bei der Auswahl wurden, wie bereits im Abschnitt zu den Methoden beschrieben, die vier größten Migrantengruppen nach Sprache in der Region Hannover berücksichtigt.

Es sei hier bereits darauf hingewiesen, dass die Interviewpartner zwar alle einen Migrationshintergrund haben, ein jeder aber eine sehr individuelle Migrationsgeschichte besitzt. Das betrifft den Zeitpunkt, den Verlauf, die Motive, die Umstände usw. der Migration. Dies gilt gleichermaßen für die Krankengeschichten, die sich bezüglich des Verlaufs, der Diagnose, des individuellen Bedarfs, der Art der Behandlungen, des jetzigen Behandlungsstandes etc. zum Teil erheblich unterscheiden. Kleinster gemeinsamer Nenner ist die Tatsache, dass alle Patienten (abgesehen vom Migrationshintergrund) oder ihre Angehörigen über in der Vergangenheit liegende und/oder gegenwärtige Erfahrungen mit dem psychosozialen Versorgungssystem in der Region Hannover verfügen. Die Einzigartigkeit jedes einzelnen Falls gilt es bei der Betrachtung der unten dargestellten Ergebnisse stets zu beachten.

Im Folgenden werden die Interviewpartner (IP) zunächst kurz vorgestellt, indem jeweils skizzierende Angaben zur Migrations- und zur Krankengeschichte gemacht werden. Dann werden die im Verlauf der Interviews angesprochenen zentralen Faktoren erläutert, die im Zugang zum Versorgungssystem und in der Behandlung für die Nutzer von Bedeutung waren. Hierbei wird auf erlebte Schwierigkeiten und Barrieren, aber auch auf als positiv wahrgenommene Aspekte eingegangen.

Die Interviewpartner: Patienten und Angehörige

Die Patienten

Burhan

Burhan ist 39 Jahre alt und wurde in Deutschland geboren, seine Eltern stammen aus der Türkei. Er selbst ist zweisprachig aufgewachsen, spricht Deutsch und Türkisch. Vor einigen Jahren wurde er aufgrund einer Psychose zwangsweise in eine stationäre geschlossene psychiatrische Einrichtung eingeliefert und dort über mehrere Wochen behandelt. Nach einiger Zeit verließ er diese eigenmächtig, um in die Türkei zu reisen und sich dort einige Wochen lang in die Behandlung verschiedener Hocas (traditionelle islamische Heiler) sowie eines Psychiaters in Istanbul zu begeben. Er kehrte schließlich nach Deutschland zurück, wo er seitdem bei verschiedenen deutsch- und türkischsprachigen Psychiatern und Therapeuten in Behandlung war und auch gegenwärtig ist.

Roman

Roman kam 1994 im Alter von 22 Jahren als Bürgerkriegsflüchtling mit seinen Eltern aus Tadschikistan nach Deutschland. Nach verschiedenen Zwischenstationen, unter anderem in einem Übergangslager, gelangte er schließlich 1995 nach Hannover. Dort lebte er zunächst bei seinen Eltern. Er besuchte Deutschkurse und schlug sich zunächst mit verschiedenen Gelegenheitsarbeiten durch. Sein akademischer Abschluss, den er in seinem Herkunftsland erworben hatte, wurde ihm 1998 anerkannt. Nach einem schweren Unfall und einer anschließenden Behandlung begann, angefangen mit Schmerzmitteln, eine viele Jahre andauernde Suchterkrankung mit verschiedenen gerichtlichen

Verurteilungen und einem Aufenthalt in Untersuchungshaft. Es folgten mehrere *Anläufe* mit Substitution, Entgiftung und Therapie. Insgesamt gab es drei Therapieversuche in verschiedenen Einrichtungen, der letzte davon verlief schließlich erfolgreich. Roman war in der Folge später selbst in der Suchthilfe aktiv, zudem betätigt er sich als Seelsorger und Jugendpastor in einer Kirchengemeinde.

Silvana

Silvana wurde in Bosnien geboren und kam als Arbeitsmigrantin im Alter von 22 Jahren durch die Vermittlung einer Agentur ohne ihre Familie nach Deutschland und schließlich über Umwege nach Hannover. Vor ihrem Aufenthalt in Deutschland besuchte sie einige Monate einen Vorbereitungskurs in Kroatien, wo sie auch erste Deutschkenntnisse erwarb. In Deutschland übte sie einige Jahre lang verschiedene Tätigkeiten aus. Sie heiratete schließlich und plante, zusammen mit ihrer Familie nach Serbien zu gehen, was letztlich aber nicht realisiert werden konnte. Bereits im Alter von ca. 35 Jahren verspürte sie von Zeit zu Zeit Angstzustände, außerdem litt sie unter Bluthochdruck. Während wiederholten Aufenthalten in Serbien ließ sie sich vor Ort mit Medikamenten behandeln, die sie lange Zeit einnahm. Vor ca. 12 Jahren klagte sie schließlich über starke Gleichgewichtsstörungen, woraufhin sie zu einem Neurologen in Hannover überwiesen wurde, der ihr riet, die Tabletten aus Serbien abzusetzen. Seitdem hat sie keine Probleme und Ängste mehr und ist deswegen auch nicht mehr in Behandlung.

Karim

Karim ist 32 Jahre alt und im Jahr 1990 mit seiner Familie aus dem Libanon nach Deutschland gekommen, zunächst in ein sog. *Auffanglager* später dann nach Hannover. Karim ging hier zur Schule. Mit 14 Jahren bekam er seinen ersten Krampfanfall; später wechselte er deswegen auf eine Sonderschule. Er musste diese schließlich aber krankheitsbedingt gänzlich abbrechen. Deutsch lernte er in der Schule sowie durch Freunde und Bekannte. Durch den Hausarzt wurde er in Hannover zu einem Neurologen überwiesen. Seither wird Karim medikamentös behandelt; die Frequenz seiner Krampfanfälle ist gestiegen, zwischenzeitlich wurde er zudem in einer Klinik behandelt. Er wird über einen transkulturellen Betreuungsverein von einem arabischsprachigen Mitarbeiter rechtlich betreut.

Die Angehörigen

Abya

Die 19-jährige Abya flüchtete im Jahr 2000 zusammen mit ihren Schwestern und ihrer an Depressionen und Parkinson erkrankten Mutter aus dem Irak, nachdem dem Vater ein paar Jahre zuvor bereits die Flucht aus einem dortigen Gefängnis nach Deutschland gelungen war. Über verschiedene Zwischenstationen kam die Familie dann schließlich nach Hannover. Da der Vater nicht bei der Familie wohnt, ist die Mutter in Deutschland alleinerziehend für die Kinder verantwortlich. Obwohl sich bereits vor der Flucht nach Deutschland angedeutet hatte, dass es der Mutter psychisch nicht gut geht, wurden die Probleme erst im Jahr 2007 akut. Die Lehrer der Kinder wurden auf die schwierige Situation der Familie aufmerksam und schalteten schließlich das Jugendamt ein, welches für die Mutter verschiedene Untersuchungen initiierte. Durch das Jugendamt und über einen transkulturellen Betreuungsverein wurde schließlich ein muttersprachlicher Psychiater gefunden, bei dem die Mutter seither in Behandlung ist.

Mercan

Mercans Familie beschloss 1977 vorübergehend nach Deutschland zu kommen, um nach einiger Zeit der *Gastarbeit* wieder in die Türkei zurückzukehren. Mercan war zu diesem Zeitpunkt dreieinhalb Jahre alt. Nach der Geburt seiner jüngsten Schwester, bei der eine körperliche und geistige

Beeinträchtigung festgestellt wurde, entschloss sich die Familie aufgrund der Versorgungslage dauerhaft in Deutschland zu verbleiben. Als der Vater Anfang der 1990er Jahre verstarb, war Mercaan als einziges männliches Familienmitglied verantwortlich für das Auskommen der Familie. Die Schwester wurde mehrfach ärztlich behandelt. Bis heute wird sie zu Hause in der Familie gepflegt. Tagsüber besucht sie eine Behindertenwerkstatt. Außerdem bekommt sie Ergotherapie und Krankengymnastik und wird durch einen transkulturellen Betreuungsverein betreut.

Ivona

Ivona flüchtete kurz vor Beginn des Kosovo-Krieges 1992 im Alter von acht Jahren mit ihren Eltern – ihr Vater ist Kosovo-Albaner, ihre Mutter ist Serbin – nach Deutschland. Die ersten zwei Jahre bis zur Zuteilung der unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung verbrachte die Familie in verschiedenen Asylbewerber-Heimen, bevor sie schließlich nach Hannover kam. Vor ca. sechs Jahren begann die Mutter, erste Symptome einer Depression zu zeigen; so lautete zunächst auch die Diagnose der Ärzte. Erst einige Zeit später stellte sich heraus, dass es sich tatsächlich um eine Demenzerkrankung handelt. Auf eigene Initiative und auf Anraten der Schwestern wurde zunächst aufgrund der eingeschränkten Sprachkenntnisse der Mutter vergeblich ein jugoslawischer Psychotherapeut gesucht. Die Mutter ging dann bei einem deutschsprachigen Psychiater in medikamentöse Behandlung. Nach zwei Jahren verschlechterte sich ihr Zustand zusehends, es folgte ein halbjähriger stationärer Aufenthalt, bevor Ivona beschloss, ihre Mutter aus der Klinik zu holen. Sie ist nun in einer Wohnung im eigenen Wohnhaus untergebracht und wird gemeinsam von den Geschwistern versorgt. Mittlerweile wird zeitweise zusätzlich ein ambulanter Pflegedienst eingesetzt. Ivona hat vor kurzem den Entschluss gefasst, sich selbst beruflich mit dem Thema *Psychologie* zu befassen.

Galina und Wadim

Galina und ihr Ehemann Wadim kamen im Jahr 2000 aus Russland nach Deutschland. Ihr heute 36 Jahre alter Sohn folgte ihnen 2003. Als der Sohn ca. 17 Jahre alt war, begannen die Eltern erste Anzeichen einer psychiatrischen Erkrankung festzustellen. Sie erlebten ihren Sohn plötzlich wesensverändert, leicht reizbar und aggressiv, zugleich ängstlich und zunehmend verschlossen. Der Vater, selbst Arzt, vermittelte zunächst einen Behandlungsplatz in einer psychiatrischen Klinik in Russland, wo der Sohn über längere Zeit medikamentös behandelt wurde. In Deutschland angelangt verbrachte der Sohn zunächst einige Zeit in einem Durchgangslager, bis er schließlich zu seinen Eltern nach Hannover kam und zunächst in einer stationären Einrichtung russischsprachig behandelt wurde. Er wird seither durch einen transkulturellen Betreuungsverein betreut und war bei verschiedenen russischsprachigen wie auch deutschsprachigen Therapeuten in Behandlung. Zwischenzeitlich erfolgte auch ein mehrjähriger Aufenthalt in einer stationären Einrichtung in Hildesheim. Schließlich kehrte er nach Hannover zurück. Hier bekommt er nun Ergotherapie, bewohnt eine eigene Wohnung und besucht eine Tagesklinik.

A) Wichtige Faktoren beim Zugang und in der Behandlung

Der Eintritt der IP in das Versorgungssystem erfolgte auf sehr unterschiedlichen Wegen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Krankheitsweg. Für einige der IP gestaltete sich der Zutritt ins Versorgungssystem insofern eher unproblematisch, als dass sie vom Hausarzt überwiesen und an Angebote weitergeleitet wurden, wie etwa bei Silvana und Karim. Andere IP wurden durch die Umstände dazu gezwungen, sich in Behandlung zu begeben, wie es bei der Zwangseinweisung von Burhan oder bei Abyas Mutter der Fall war, wo das Jugendamt auf die Situation aufmerksam wurde und eine Behandlung initiierte. In anderen Fällen waren es Angehörige oder Menschen aus dem nahen sozialen Umfeld, die den Zugang durch Ratschläge und Begleitung ermöglicht haben (siehe Abschnitt zur Rolle der Angehörigen). Galina und Wadim beispielsweise fanden für ihren Sohn

eine Behandlungsmöglichkeit bei einer dem Vater bekannten russischsprachigen Psychiaterin. Bei Roman wiederum waren es ebenfalls Betroffene, die ihn auf Hilfsangebote hinwiesen. Manchmal geschah der Zugang auch eher zufällig, wie etwa bei Mercan. Hier war es eine Nachbarin, die auf die Situation in der Familie aufmerksam wurde, den entscheidenden Anstoß gab und schließlich den Weg ins Versorgungssystem öffnete.

Schwierigkeiten beim Zugang zum Hilfesystem

Obwohl alle IP (als Voraussetzung für die Teilnahme der Interviews) letztlich einen Zugang zum Versorgungssystem bekamen, berichteten einige von ihnen dabei auch von aufgetretenen Schwierigkeiten. Die Suche nach Hilfe wurde zum Teil als Situation der Hilf- und Orientierungslosigkeit empfunden. Hierbei spielten verschiedene Faktoren eine Rolle.

Fehlende Informationen über Behandlungsangebote, Orientierungslosigkeit

Einige der Interviewpartner äußerten, dass sie von bestimmten Angeboten schlichtweg nichts gewusst, diese vergeblich gesucht oder sich schlecht beraten gefühlt hätten. Burhan berichtet, wie er sogar auf der Suche nach einem türkischsprachigen Therapeuten zeitweise bis ins Ruhrgebiet und noch weiter gefahren ist, da in Hannover niemand zu finden gewesen sei (ID_9, 936). Auch Ivona suchte zu Beginn der Erkrankung ihrer Mutter vergeblich nach einem muttersprachlichen Therapeuten in Hannover. Sie gibt an, sich generell schlecht informiert und bei Entscheidungen von den Ärzten alleingelassen gefühlt zu haben:

„Wo wir jetzt alles mit der Demenz erfahren haben, wir waren verloren, wir (...) wir wussten nich' wohin, (...) wo wir uns 'ne Hilfe holen konnten, wir mussten immer alles alleine irgendwie machen und wenn man die Ärzte gefragt hat, (...) die haben keine Antwort richtig gegeben.“ (ID_15, 521-524)

Roman berichtet, dass ihm zu Beginn seiner Suchterkrankung Angebote wie die Substituierung und Entgiftung völlig unbekannt gewesen seien. Es sei sehr mühsam gewesen, „das alles herauszufinden“ (ID_17, 115).

Sprachbarriere

Neben fehlenden Informationen stellte die Sprache für einige der IP eine der Hauptschwierigkeiten im Zugang zum Versorgungssystem – und auch später in der Behandlung (s. u.) – dar:

„Hauptschwierigkeit war eben die Sprache.“ (ID_17, 135)

Auch wenn er selbst sehr früh die deutsche Sprache in der Schule gelernt habe (er begleitete seine Eltern als Dolmetscher bei vielen Behandlungen seiner Schwester, s. u.), schildert Mercan, dass es neben den Orientierungsschwierigkeiten in einer fremden urbanen Umgebung vor allem die Sprache war, die den Neuanfang für die Familie in Hannover schwierig gemacht habe. Das änderte sich erst als eine Nachbarin begann, der Familie zur Seite zu stehen, und dadurch den Anschluss an Versorgungsangebote möglich machte:

„[...] sie hat uns diese Wege gezeigt, wir wussten das gar nich'. Ich war zu jung, meine Eltern konnten überhaupt kein Deutsch, gar nichts. Sie hat alles, Behindertenausweis beantragt, dies gemacht, das gemacht, sie hat nur immer Kopf geschüttelt: ‚Das kann doch nicht wahr sein! Das sind eure Rechte, die müsst ihr doch machen für sie [die Schwester, Anm. d. A.]!‘“ (ID_14, 671-675)

Fehlende Sprachkenntnisse können den Zugang zu Hilfsangeboten erschweren und eine weitere Ursache dafür sein, dass diese eventuell gar nicht wahrgenommen werden, denn, so der IP aus der ehemaligen Sowjetunion, Roman:

„Wen fragst du, wenn du schlecht (...) wie kannst du mit Psychiater sprechen, wenn du kannst dich nicht richtig ausdrücken?“ (ID_17, 323-324).

Skepsis gegenüber bestimmten Hilfsangeboten: Misstrauen, schlechte Erfahrungen

Der Patient aus der ehemaligen Sowjetunion, Roman, sprach einen weiteren Aspekt an, der nicht nur in seiner eigenen Geschichte teilweise handlungsleitend war, sondern der auch insgesamt unter Migranten aus Gebieten der ehemaligen Sowjetunion ein verbreitetes Phänomen sei (ID_17, 620f): Beratungs- und Behandlungsangebote würden von dieser Migrantengruppe häufig deshalb nicht in Anspruch genommen, weil Beratungsstellen, aber auch Psychiatern und Ärzten im Allgemeinen oftmals misstraut werde. Das habe damit zu tun, dass sich die Behandlung psychisch Kranker in den Herkunftsländern oftmals auf staatliche stationäre Einrichtungen beschränke, die oft stigmatisiert seien. Die Angst davor, bei einer Öffnung gegenüber öffentlichen Einrichtungen in eine *Anstalt* gesteckt zu werden, sei daher groß. Als Resultat würden solche Angebote dann gemieden oder nur aus der Not heraus mit eingeschränkter Motivation in Anspruch genommen. So führt er aus:

*„[...] dieses Gefühl, alles feindlich anzunehmen, ja, die war drin, die war drin. Gegen (...) also der Staat ist Feind und diese alle [Beratungs- und Anlauf-, Anm. d. A.] Stellen zum Beispiel, das sind nur die (...) Hand des Staates. **I1:** Ja. **ID_17:** Das is' die Grundeinstellung.“ (ID_17, 331-335)*

In der Konsequenz würden psychische Krankheiten oft verheimlicht oder alternative Heilmethoden in Anspruch genommen. Auch Roman begab sich nach der Suche in einer russischsprachigen Zeitung in die erfolglos verlaufende Behandlung mehrerer okkulten oder spiritueller *Heiler*:

*Und wir haben gesucht nich' (...) einen Arzt oder Psychiater, das nich' normal eigentlich für uns is', das zu suchen. Diese negative Einstellung (...) gab's damals immer noch... **I1:** Ja, was meinst du mit ‚wir‘? **ID_17:** Meine Freundin damals, heute Frau, heute is' sie meine Frau. Wir haben angefangen zu suchen, Hilfe zu suchen und in viele Zeitungen steht irgendwelche Heilige oder so was, Heiler. (Ebd., 296-302)*

Burhan erlebte seinen stationären Aufenthalt in einer Einrichtung in Hannover so negativ, dass er schließlich daraus floh und in die Türkei reiste, um sich dort in die Behandlung eines Hocas, eines islamischen Heilers, zu begeben. Aus Angst davor, wieder in die Klinik zurückkehren zu müssen, weigerte er sich zunächst auch, nach Deutschland zurückzukehren. Die stationäre Einrichtung assoziierte er mit Gefangen- und Gefesseltsein, wie in folgenden Ausführungen deutlich wird:

„Und ich bin auch von hier (...) also ich bin ja richtig aus 'm Krankenhaus abgehauen, ich hab' ja jetzt nicht mit den Ärzten gesagt: ‚Jetzt fliege ich weg!‘. Dann hätten sie mich bestimmt wieder ans Bett gefesselt. Und das fand ich nicht also (...) ich bin von diesem System musste ich raus, habe ich gemerkt: ‚Ich muss hier weg‘, habe ich gedacht. Das is', was die hier mit mir machen, ich gehö' nich' hierhin, ich brauche andere, andere (...) Behandlungsebene, sage ich mal. (ID_9, 650-655)

B) Zentrale Faktoren in der Behandlung

Nachfolgend wird auf zentrale Aspekte eingegangen, die in den Interviews angesprochen wurden. In vielen Schilderungen von Behandlungserfahrungen stand dabei die Beziehung zum jeweiligen Behandler im Mittelpunkt:

„Das ist psychische (...) Krankheit, da ist Verbindung mit Arzt und Patient ist wichtig [...]“
(ID_18, 657-658)

Die Qualität dieser Beziehung wurde dabei oftmals in engem Zusammenhang mit einem Behandlungserfolg oder Misserfolg gesehen und wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst.

Verständnis, Vertrauen, ernst genommen werden in der eigenen Situation

Einige Patienten und Angehörige fühlten sich zu verschiedenen Zeitpunkten auf ihrem Krankheitsweg und in ihren Problemlagen von den Behandlern nicht ernst genommen und in ihrer Situation unverstanden. Für die Behandlung als wichtig angesehen wurden dabei Gefühle von Sympathie und ein Sich-Wohlfühlen in einem von Vertrauen geprägten Verhältnis. Zwei der Interviewpartner merkten an, dass es in einem Gespräch mit einem Therapeuten darum ginge, seine Probleme in einem vertrauten Gespräch verarbeiten zu können:

„Ein Therapeut is’ ja eigentlich auch dazu da, dass man (...) etwas verarbeitet.“
(ID_11, 305-306)

Ein anderer Interviewpartner beschrieb dieses positive Verhältnis auch als „echt sein dürfen“ (ID_17, 376). Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt und glückt es nicht, ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen, kann die Therapie erfolglos verlaufen und letztlich sogar abgebrochen werden, wie Roman es für seinen ersten Therapieversuch beschreibt:

„[...] während meine unsere Therapeut bei Gruppensitzung, also sitzt so (...) hat Piercing in Nase und ganze Zeit dreht das, ich fühle mich total also (...) nich’ (...) akzeptiert, nich’ respektiert oder irgendwie (...) das Gefühl, dass er in Nase die ganze Zeit hier (lacht, zeigt mit Finger auf Nase). Heut’ natürlich, is’ mir eigentlich egal und so, aber trotzdem. Also (...) von Outfit bis zu weiß was ich und wenn man versucht, über eigene Vergangenheit zu erzählen und so und niemand kann dich verstehen, die sagen ‚Ja‘ so, aber man spürt überhaupt nicht, dass jemand das nachvollziehen kann. Und meine Vergangenheit, also die Biografie war richtig heftig. Und mehrere Versuche, also das zu bearbeiten, haben nicht gelungen.“ (ID_17, 147-158)

Das Verständnis und der Respekt für die eigene Situation und darüber hinaus Empathie, also das Nachvollziehen-Können erlebter Erfahrungen – in Romans Beispiel der von ihm erlebte Bürgerkrieg – haben Einfluss auf diese Beziehung.

Auch Burhan erzählt von einem abgebrochenen Therapieversuch, bei dem er sich vom Therapeuten nicht ernst genommen gefühlt habe:

„Ich hab’ ihm diese Sachen erzählt so, was passiert is’, so wie ich’s jetzt auch Ihnen erzählt habe. Hat er mir gesagt: ‚Sie fantasieren irgendwie‘, hat er zu mir gesagt. Da war (macht ein schnalzendes Geräusch mit der Zunge) der ausgeschaltet dieser Mann für mich (lacht). ‚Bin ich ein Regisseur, was fantasie ich, das habe ich erlebt‘, sage ich, äh dachte ich. Habe

ich ihm das nicht gesagt, aber ich bin dann da rausgegangen. Hab' dieses Gespräch zu Ende geführt, rausgegangen, dann bin ich nie wieder zu ihm hingegangen. Habe ich gesagt: „Ja, er hat mich nicht verstanden.““ (ID_9, 801-807)

Geschlecht, Sprache und kulturelle Identität

Weitere im Verhältnis von Behandler und Patient bedeutsame Faktoren, die in den Interviews genannt wurden, sind das Geschlecht, die Sprache und in diesem Zusammenhang auch eine gemeinsame kulturelle Identität zwischen Patient und Behandler.

Abya wies im Interview darauf hin, dass sie die Behandlung ihrer Mutter nicht als effektiv empfinde. Sie äußerte diesbezüglich die Vermutung, dass es ihrer Mutter bei einer weiblichen Therapeutin leichter fallen würde, sich zu öffnen. Das läge ihrer Meinung nach daran, dass es in ihrem Heimatland Irak auch gar nicht üblich sei, dass eine Frau mit einem fremden Mann über persönliche Dinge spreche (ID_11, 323-324). Trotz muttersprachlicher Therapie glaube sie nicht daran, dass es ihrer Mutter unter diesen Umständen gelingen kann, vergangene Erlebnisse anzusprechen.

Das Thema *Sprache* war in allen Krankheitsgeschichten auf irgendeine Art und Weise bedeutend. Wie bereits weiter oben ausgeführt, können ausreichende Sprachkenntnisse wichtig sein, um sich in der Aufnahmegesellschaft zurechtzufinden und überhaupt Zugang zum Versorgungssystem zu bekommen.

Wie in verschiedenen Gesprächen mit den IP deutlich wurde, kann Sprache nicht nur im Zugang zur Versorgung, sondern auch in der Behandlung an sich eine beachtliche Rolle spielen. Dabei stellte sich heraus, dass die Bedeutung von Sprache für die Interviewpartner über die Anwendung als Kommunikationsmittel – in einem rein technischen Sinn von Verständigung – hinausgeht. Das wird beispielsweise offensichtlich, wenn Roman von den Therapiegesprächen zu Beginn seiner Suchterkrankung erzählt, in denen er mit seinen noch sehr eingeschränkten Deutschkenntnissen vergeblich versuchte, über vergangene traumatische Ereignisse und damit verbundene Gefühle zu sprechen:

„[...] Und (...) wenn ich über meine Vergangenheit spreche, ich kann das nich' in Deutsch (...) rein packen, ich kann keine passenden deutsche Worte finden.“

„Ich glaub', das lag sprachlich, aber auch in dem, das, was also Gefühle in Worte zu packen in fremde Sprache war heftig schwer.“ (ID-17, 324-325 und 323-331)

Fast alle Nutzer fanden es einfacher, über ihre Gefühle in ihrer Muttersprache zu sprechen, selbst bei sehr guter Beherrschung der Zweitsprache. Burhan, der in Deutschland geboren wurde und neben Türkisch auch perfekt Deutsch spricht, berichtete davon, dass er bestimmte Erfahrungen und Inhalte seine Krankheit betreffend auf Türkisch einfach „besser überbringen“ könne (ID_9, 942). Er habe sich daher von Beginn an um einen türkischsprachigen Therapeuten bemüht, aber in Hannover zunächst keinen gefunden. Auch Ivona berichtete von einer (erfolglosen) Suche nach einem muttersprachigen Psychotherapeuten für ihre Mutter zu Beginn ihrer Krankheit, da diese sich zwar hätte verständigen können, aber kaum in der Lage gewesen sei, über ihr Gefühlsleben auf Deutsch zu sprechen und vergangene belastende Erfahrungen zu verarbeiten. Heute, in der ambulanten pflegerischen Betreuung sei dieser Aspekt der Sprachbarriere auch wichtig, da die über die Jahre erworbenen deutschen Sprachkenntnisse ihrer Mutter (teilweise betreffe dies auch die Muttersprache) mit fortschreitender Demenz zusehends wieder abnehmen. Mittlerweile ginge es hierbei für die Mutter zwar nun weniger um die gesprächsorientierte therapeutische Verarbeitung von belastenden

Erinnerungen, sondern mehr darum, eine gemeinsame Sprache und eine gemeinsame Mentalität zu haben. Ähnliche Denkweisen und Gewohnheiten findet Ivona im Austausch zwischen ihrer Mutter und den Pflegekräften wichtig. Daher wünscht sie sich auch eine muttersprachige Pflegekraft:

„[...] eigentlich die Sprache fast nur, aber es wäre auch schön, weil das auch die gleiche (...) irgendwo Mentalität wäre, wo (...) die besser wüssten, mit ihr umzugehen. Es is' (...) jede Mentalität is' ja ,n bisschen anders (...) und (...) aber das müsste eigentlich gar nicht sein [...] meine Mutter würde sich zwar besser fühlen, dann wär' jemand da und (...) unterhält sich auf Jugoslawisch mit ihr und trinkt vielleicht 'n Kaffee und raucht eine Zigarette, so wie's (...) bei den meisten Jugoslawen üblich ist (amüsiert).“ (ID_15, 571-577)

Bei Burhan steht in der Beziehung zum Behandler nicht nur die geteilte sprachliche Ebene, sondern auch das Akzeptieren einer – kulturell begründet – anderen Sichtweise auf seine Krankheit im Mittelpunkt. Neben der Behandlung im öffentlichen Versorgungssystem nahm Burhan in der Türkei auch die Hilfe traditioneller Hocas in Anspruch (s. o.). Auch wenn er die Behandlung durch die „Wunderheilmittel“ (ID_9, 646) dabei als angenehmer beschrieb, schließen sich die beiden Behandlungs- und Erklärungsebenen für ihn nicht aus. Diese würden sich vielmehr gegenseitig ergänzen:

„Aber das is' auch Glaubenssache, sage ich mal, dass ich zu Herrn Otlu [behandelnder Psychotherapeut, Anm. d. A.] komme. Ich glaube, dass er mir hilft. Das ist auch eine Glaubenssache (lacht). Und er hilft mir nicht auf diese islamische Art, mit islamisches Wissen hilft er mir nicht, er hilft mir auf medizinische Wissen, mit seinem medizinischen Wissen hilft er mir. Aber das is' auch eine Hilfe.“ (ID_9, 934-938)

Entscheidend ist für ihn die Akzeptanz der religiösen Behandlungs- und Erklärungsebene durch den schulmedizinischen Therapeuten. Auch wenn er Behandlungen durch deutsche Therapeuten nicht grundsätzlich ausschließt, bevorzugt er, in der Hoffnung in dieser Hinsicht besser verstanden zu werden, Behandler mit dem gleichen kulturellreligiösen Hintergrund:

„[...] darum (...) geh' ich immer zu (...) bevorzuge ich immer türkische Psychiater, weil das kommt bisschen vom Glauben auch und von Tradition, sage ich mal. Denen kann ich das besser rüberbringen und die haben (...) die können das auch anders aufnehmen als, sage ich mal, ein deutscher Arzt.“ (ID_9, 596-599)

Erfahrung von Gemeinschaft und Teilnehmen am Alltag

Einige IP empfanden die Erfahrung von Gemeinschaft und die Möglichkeit der Teilnahme am *normalen* Alltagserleben als entscheidenden oder zumindest doch als förderlichen Aspekt in der Behandlung. Neben dem Aspekt der gemeinsamen Sprache spielt hier vor allem die Erfahrung der Gesellschaft von Menschen mit ähnlichem oder gleichem Erfahrungshintergrund eine Rolle. So erzählt Ivona vom stationären Aufenthalt ihrer Mutter:

„[...] die hat sich irgendwo wohl gefühlt. Auch durch die Frauen, die sie da (...) kennen gelernt hat, die haben sich ja gegenseitig alles erzählt und (...) ja und durch die Zeit also da konnte sie noch so (...) Deutsch, zwar war das war auch die Zeit, wo sie's 'n bisschen verlernt hat und (...) aber danach wurde es immer schlimmer und schlimmer, so schlimm, dass sie jetzt sogar Jugoslawisch sehr schlecht kann.“ (ID_15, 318-322)

Auch Galina und Wadim wünschen sich für ihren Sohn eine Gemeinschaft, in der er Menschen trifft und sich unterhalten kann. Sie empfinden es als negativ, dass er viel Zeit allein zu Hause verbringt. Sie hoffen daher auf einen Platz in einer Tagesstätte und eine Integration in dortige Gruppenangebote.

Roman berichtet, dass der Erfolg seiner Therapie letztlich in engem Zusammenhang mit dem Gefühl stand, nicht mehr allein zu sein. Durch die Erfahrung des gemeinsam Erlebten konnte er sich öffnen, offen sprechen und habe er sich verstanden gefühlt. Dies gelang zunächst durch die Aufnahme in eine russischsprachige Gemeinde. Beim Aufenthalt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft stand dann später aber weniger die Sprache im Mittelpunkt. Es habe vor allem geholfen, dass die Mitarbeiter seine Situation selbst miterlebt hätten. Das habe ihm entscheidend dabei geholfen, sich zu öffnen und über traumatische Erlebnisse zu sprechen (ID_17, 427-435).

Mercan sowie auch Galina und Wadim finden es für ihre Angehörigen wichtig, dass diese durch die sozialpsychiatrische Betreuung einen geregelten Alltag haben und damit ein Stück weit in das *normale* gesellschaftliche Leben integriert werden. Letztere bewerten dies insbesondere im Vergleich zur Situation psychisch kranker Menschen in ihrem Herkunftsland als positiv:

„Gute (...) Behandlung (...) hier in Deutschland, solche (...) kranke, kranke Menschen, psychiatrische (...) wohnen wie (...) normale Menschen wohnen. Gibt es Möglichkeit (...), Hilfe zu bekommen und (...) gute Behandlung (...) zu haben und (...) in Russland zum Beispiel, diese kranken Menschen wohnen in der Wohnung und (...) sie können nicht (...) draußen auf der Straße gehen. Sie (...) sie (...) sterben einfach.“

„Unser Sohn wohnt hier wie (...) gesunde Menschen und (...) er kann (...) alles (...) machen unter Kontrolle und lernen, (...) behandeln und (...) arbeiten [...]“ (ID_18, 484-490 und 503-505).

Durch die Art der Versorgung (z. B. in der Ergotherapie) könne ihr Sohn fast normal leben und arbeiten. Auch Mercan empfindet diesen Aspekt für seine Schwester als wichtig, da sie so beschäftigt und in alltägliche Abläufe integriert sei.

Akzeptanz und Ablehnung medikamentöser Behandlung

Die Hälfte der interviewten Nutzer des Versorgungssystems berichtete von Erfahrungen mit medikamentöser Behandlung. Die Meinungen zu diesem Aspekt der Behandlung gehen dabei auseinander; sie waren teils negativ, teils ambivalent. Manche Nutzer assoziierten die medikamentöse Behandlung beispielsweise mit einer Betäubung der Gefühle oder einer Ruhigstellung. So berichtet Burhan von Erfahrungen im Rahmen seines stationären Aufenthalts in der geschlossenen psychiatrischen Station, als er versuchte, die Medikation heimlich abzusetzen:

„Also die haben mir das damals gesagt, ja, Haldol (...) hieß das, glaube ich. Ich hab' das von immer so 'n kleines (...) wie so wo sie halt so Dings, dieses flüssige Medizin rein tun im Krankenhaus, was man so nehmen muss, so 'n Schluck. Ich hab' das immer genommen, da habe ich gemerkt, dass dieses Ding mich betäubt so. Ich bin dann immer zu Bett gegangen und ins Bett gefallen, ich konnt' dann nicht mehr denken, gar nichts mehr. Ich hab' das dann gemerkt, dann hab ich so vor den Krankenpflegern hab' ich das in mein' Mund genommen, bin in Krankenzimmer gegangen, hab' das wieder ausgespuckt. Dann (...) dadurch wurde ich immer besser, also, weil ich das nich' genommen habe, wurde ich besser. Dann konnte ich gut denken [...]“ (ID_9, 409-417)

Die wechselnde Verabreichung von Haldol zur Beruhigung und Akineton zur Behandlung der Nebenwirkungen desselben vergleicht er dabei mit einer Behandlung durch „Feuer und Eis“ (ID_9, 641-642).

Auch Galina und Wadims Sohn wird medikamentös behandelt. Die Eltern sind zwar froh darüber, dass ihr Sohn in Deutschland nun andere, ihrer Meinung nach bessere Medikamente bekomme als in der ersten Behandlungszeit in Russland; zugleich sind sie zwiespalten: Denn auch wenn die Medikamente ihrem Sohn helfen sollten, so wünschten sie sich eigentlich eine Behandlung ohne oder zumindest mit weniger Medikamenten.

Ivona vermutet sogar, dass sich der Gesundheitszustand ihrer Mutter durch die eingenommenen Medikamente während des stationären Aufenthaltes insgesamt verschlechterte. Das sei auch der Hauptgrund gewesen, sie schließlich nach Hause zu holen. Sie beschreibt, wie sie ihre Mutter während dieser Zeit zunehmend als emotional neutralisiert, gefühllos und in ihrem ganzen Wesen verändert wahrgenommen habe:

„[...] aber ihr ging's (...) immer schlechter, wahrscheinlich durch die ganzen Medikamente, also die hat nicht mehr gelacht, nicht mehr geweint, die war neutral, aber irgendwie war sie verloren, irgendwie ging's ihr nicht gut. Ich weiß nicht, warum. (...) Na und so hab' ich dann (...) auf meine Verantwortung sie rausgeholt, erst mal zu mir.“ (ID_15, 247-251)

Nach Einschätzung einiger Patienten würden die Behandler zum Teil eine medikamentöse Therapie gegenüber einer eventuell aufwändigeren Gesprächstherapie bevorzugen. Ivona aus dem Kosovo kritisiert etwa:

„[...] einfach betäuben und still sein, das is' keine Heilung.“ (ID_15, 625-626)

Die Angehörige aus dem Irak, Abya, erzählt, sie habe das Gefühl, ihre Mutter sei mittlerweile abhängig von den Medikamenten, die ihr der Psychiater verschreibe. Diese käme nach den Sprechstunden oft mit „Tüten voller Tabletten“ (ID_11, 286) nach Hause. Auch sie erhoffe sich dabei eigentlich etwas anderes von der Behandlung:

„[...] ich find's halt nicht gut, dass sie immer noch abhängig von diesen (...) Medikamenten is' einfach, dass sie (...) also ich merk' das ja dann auch, wenn sie ungefähr länger nicht beim Arzt war, so 'n Monat oder so, dann fängt sie auch schon wieder an, manchmal so Sachen zu machen, die halt komisch sind oder (...) dieses längere Schlafen (...) Ja, das is' bisschen blöd, weil ich weiß nicht, ob er mit ihr versucht zu sprechen auch, als sie nur so jetzt irgendwie (...) zu spritzen oder so.“

„[...] ein Therapeut is' ja eigentlich auch dazu da, dass man (...) etwas verarbeitet. Und ich hab' nich' das Gefühl, dass sie ihre Vergangenheit verarbeitet hat.“ (ID_11, 205-212 und 305-306)

C) Die Rolle der Angehörigen und des nahen sozialen Umfelds auf dem Krankheitsweg

Abschließend soll noch einmal vertiefend auf die Bedeutung der Angehörigen und des nahen sozialen Umfelds in den Krankheitsgeschichten der IP eingegangen werden.

In unterschiedlichem Maße und zu unterschiedlichen Zeitpunkten hatten Angehörige einen wichtigen Einfluss auf den Zugang zur Versorgung und zum Teil auch in der Behandlung der Patienten. In mehreren Krankengeschichten waren sie aktiv an der Wahl der Behandlungsressource beteiligt. So wurden etwa Therapeuten von Verwandten oder guten Bekannten weiterempfohlen. Burhan beschreibt dies anschaulich für seinen Fall:

„Da hab’ ich mich (...) in den Bekanntenkreis rumgehört, wo es einen guten Psychiater gibt, genau wie sage ich mal, wie man auch einen Hoca findet, sage ich mal (mit amüsiertes Stimme), das redet man auch so unter Kumpels, Kollegen, ne. Redet man ja: ‚Kennt ihr einen guten Psychiater?‘ und so.“ (ID_9, 754-757)

Während seines Aufenthaltes in der Türkei waren es dortige Verwandte, die bei der Auswahl des Hocas und auch des später dort aufgesuchten Psychiaters Rat gegeben und mitentschieden haben.

Während Silvana der Meinung ist, man müsse sich alleine zurechtfinden in einem fremden Land – selbst mit eingeschränkten Sprachkenntnissen – und sie selbst daher auf eine Begleitung durch Angehörige ganz bewusst verzichtete (ID_20, 403-409), waren diese bei einigen IPn gerade wichtige Begleiter und sprachliche Mittler, wie etwa bei Ivona und ihren Schwestern, die die Mutter zum Psychiater begleiteten und übersetzten. Galina und Wadim berichten, dass ihr Sohn anfangs nur durch russischsprachige Therapeuten behandelt werden konnte. Mittlerweile sei es dadurch, dass sie alle besser Deutsch sprächen für den Sohn aber auch möglich, in ihrer Begleitung Therapieangebote in deutscher Sprache wahrzunehmen:

„[...] früher war sehr wichtig, jetzt wir lernen fast jeden Tag deutsche Sprache und können (...) sprechen (...) ich glaube (...) nicht nur mit den (...) russischsprachigen Ärzten sprechen. Sondern auch mit den deutschsprachigen Ärzten.“ (ID_18, 512-515)

Als Älteste ihrer Schwestern begleitete Abya ihre Mutter zu den verschiedenen Arztbesuchen und war dort auch Übersetzerin für ihre Eltern. Dadurch, dass sie z. T. auch in die Behandlungen einbezogen worden sei, sei sie ihrer Mutter darüber hinaus eine emotionale Stütze gewesen:

„Einfach weil ich dann für sie da war und ihr gezeigt hab’, dass ich da bin.“ (ID_11, 252-253)

Abya und ihre Schwestern begleiten und unterstützen die Mutter auch bei Freizeitaktivitäten und versuchen, da diese das Haus ungern allein verlasse, sie zu gemeinsamen Ausflügen zu bewegen.

Die Angehörigen der jüngeren Generation fungieren aber vielfach nicht nur als Übersetzer, sondern können zudem eine wichtige Unterstützung bei der Integration in das Alltagsleben und in die Strukturen der Aufnahmegesellschaft sein. Manchmal müssen hierzu auch Entscheidungen gegen bestimmte in der Elterngeneration vorhandene und aus der Herkunftskultur mitgebrachte Denkweisen zum Wohle des kranken Angehörigen gefällt werden, um den Zugang zu bestimmten Angeboten zu ermöglichen. Von einem solchen Fall berichtet Mercan, als es um die Entscheidung ging, ob seine kranke Schwester ein Gruppenangebot wahrnehmen dürfe oder nicht:

„Is ja 'n Unterschied, hier groß zu werden, hier zu lernen, hier groß zu werden als da drüben hierher kommen, weil vieles ist da, wird da anders rübergenommen, als es hier is'. Weil die können nich' so weit denken, die denken jetzt: ‚Ein Mädchen kann nich' rausgehen, Mensch' (...) die is' auch (...) wie zum Beispiel ins Landheim oder wie: ‚Die Mädchen dürfen nich! Die Mädchen dürfen nich!' Das habe ich Gott sei Dank sehr früh von unsere (...) Familie abgeschafft. Habe ich gesagt: ‚Mich habt ihr auch geschickt, ist mir was passiert? Nein! Also Fatme wird auch nich' was passieren.‘“ (ID_14, 344-352)

„Wie soll ich sagen? Ich musste denen [den Eltern, Anm. d. A.] etwas beibringen, nicht die mir.“ (Ebd., 407-408)

Die Versorgung bzw. der pflegerische Teil der Versorgung der kranken Schwester erfolgt durch Mercans Familie. Eine Pflege in einer Einrichtung lehnt die Familie trotz einer sehr positiven Einschätzung und entgegen einer mehrmaligen Empfehlung durch den Betreuer strikt ab; auch eine ambulante Versorgung komme für sie nicht in Frage. Die Familie organisiert die pflegerische Versorgung intern, notfalls werden hierzu auch Verwandte aus der Türkei eingeflogen. Die familiäre Umgebung sei wichtig, hier sei Mercans Schwester am glücklichsten. Solange die Versorgung innerhalb der Familie leistbar ist, sei diese aus religiösen Gründen heraus zudem eine Pflicht:

„In unserer Kultur, wenn ich dazu nich' in der Lage bin, ne, dann sollte ich das weggeben. Aber wenn ich in der Lage bin, erlaubt es unser Glauben schon nicht, weil du dann selbstsüchtig bist [...]“ (Ebd., 503-505)

D) Reflexion: Kritik, Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Die von den IP in einer rückblickenden Reflexion geäußerte Kritik und Verbesserungswünsche bezogen sich teils auf den eigenen Krankheitsweg (oder den des Angehörigen), teils aber auch auf die allgemeine Versorgungslage, auch bezogen auf die eigene Community.

Während einige IP Kritik an der Versorgung übten und Wünsche bezüglich einer Verbesserung vorbrachten, empfanden andere die Lage im Rückblick auf ihre eigene Situation als insgesamt positiv, so auch Mercan:

„Da brauch' man glaube ich gar nichts mehr zu sagen. Wer da was sagt, der is' dann, sage ich mal, undankbar.“ (ID_14, 744-745)

Die Versorgungslage sei ihm zufolge heute besser als früher. Ähnliches äußert Silvana, die meint, dass es heute wesentlich mehr Angebote gäbe und die jüngeren Generationen weniger Schwierigkeiten hätten. Sie sieht vielmehr darin ein Problem, dass gerade die älteren Leute ihrer Generation oft einsam seien, schlecht Deutsch sprächen, und die daher resignierten und keine Hilfe suchten. Eine Möglichkeit, diesem Problem zu begegnen, sieht sie im Rahmen von Angeboten in ihrer Kirchengemeinde, allerdings scheitere dies an der fehlenden Initiative des dortigen Pfarrers:

„Passiert nicht, der predigt zwei Stunden so, aber wenn der nimmt eine Stunde sagt (...) komm, wir sitzen am Tisch und sprechen (...) was anderes. Der predigt nur. Und predigen (...) das (...) das hilft nix.“ (ID_20, 566-568)

Mehrere IP wünschten sich zahlenmäßig mehr Behandler mit gleichen Sprach- und Kulturkenntnissen. Roman fordert die Einstellung von bikulturellen Mitarbeitern in den Beratungsstellen. Hier seien zu wenig Migranten beschäftigt, meint er. Dadurch seien diese auch noch immer schlecht zugänglich für Migranten. Hier müssten insgesamt interkulturelle Kompetenzen aufgebaut werden.

Auch Burhan plädiert für mehr Ärzte mit Kenntnissen der türkischen Sprache und Kultur. Wichtig sei für ihn persönlich dabei aber vor allem die freie Wahl des Therapeuten und weniger Vorgaben durch die Krankenkassen. Aus der Erfahrung in der Pflege ihrer Mutter wünscht sich Ivona, dass sich mehr Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien im pflegerischen Bereich ausbilden ließen.

Außer ihr wies auch Silvana darauf hin, dass es insgesamt zu wenige Therapieplätze gäbe. Die Wartezeiten seien viel zu lang, was die Behandlung unnötig verzögerte. Zunächst einmal unabhängig von den bereits genannten muttersprachigen Aspekten, fordern sie daher mehr Therapieplätze und eine schnellere Behandlung.

Zwei Interviewpartner vermissen in der Behandlung psychisch kranker Menschen mehr Zeit, Mühe und Geduld. Obwohl sich Ivona allgemein von Ärzten wünscht, sie mögen sich insgesamt mehr mit dem Patienten und seiner Familie beschäftigen, kritisiert sie dies ausdrücklich für den psychiatrischen Bereich:

„Man war da und ganz schnell raus und 'n anderer Patient soll rein. Und das war bei meiner Mutter auch so. Jetzt bei mir, wenn man so 'ne Erkältung hat oder so is' es ja nich' schlimm, dann sagt man sich: ‚Gut, dann geh' ich zur Apotheke, hol' mir dann irgendwas, ohne beim Arzt zu gehen.‘ Aber gerade bei solchen Sachen sollte man sich 'n bisschen mehr Mühe geben.“ (ID_15, 514-518)

Für Roman spielt dieser Aspekt gerade bei Migrantenpatienten mit einer eventuell schwierigen Migrationsvergangenheit eine Rolle:

„Also mit Migranten soll man etwas Geduld und Mühe mitnehmen oder haben.“ (ID_17, 225-226)

Roman sieht insbesondere bei russischsprachigen Migranten einen großen Informations- und Aufklärungsbedarf. Dies sei nötig, um das vorhandene Misstrauen bei dieser Migrantengruppe abzubauen und so die Akzeptanz von Versorgungsangeboten insgesamt zu verbessern.

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse des qualitativen Teils

An dieser Stelle sollen die zentralen Ergebnisse der Interviews mit den Experten und Nutzern noch einmal zusammenfassend dargestellt werden.

Das Erkenntnisinteresse der Studie bestand zunächst in der Frage, welchen besonderen Versorgungsbedarf die Experten aus der Versorgung sowie die MSO-Vertreter für Migranten wahrnehmen, d. h. welche Problematiken diese im besonderen Maße betreffen. Des Weiteren sollte ermittelt werden, welche Herausforderungen sich in der sozialpsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund darstellen und welche Barrieren aus Sicht der Communitys beziehungsweise Nutzer beim Zugang und während der Behandlung bestehen. In diesem Zusammenhang interessierte, welche Implikationen damit für die Arbeit der Versorger, aber auch der MSO-Vertreter einhergehen und welche Handlungsfelder im eigenen Arbeitsbereich und darüber hinaus diesbezüglich bestehen. Die Nutzer betreffend interessierte zudem, welche Rolle die Angehörigen beziehungsweise das unmittelbare soziale Umfeld im Krankheitsweg spielt.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen sollten jeweils auch Kritik und Verbesserungsvorschläge formuliert werden.

Differenzierte Betrachtungsweise

Migranten bilden keine homogene Gruppe und werden auch von den Experten so nicht wahrgenommen. Es bestehen teilweise große Unterschiede, je nach Herkunft, Migrationsgeschichte, sozialem Umfeld, Geschlecht, Alter usw. In der sozialpsychiatrischen Behandlung wird dabei viel Wert auf eine differenzierte Betrachtungsweise gelegt. Das Individuum mit seinem spezifischen Bedarf steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Es wurde in den Gesprächen aber dennoch deutlich, dass der kleinste gemeinsame Nenner dieser sehr vielfältigen Gruppe, der Migrationshintergrund, in vielerlei Hinsicht im Spannungsfeld von Nutzer und Versorgungssystem bestimmte Auswirkungen haben kann – aber nicht haben muss. In diesem Sinne sind Migranten nicht grundlegend von anderen Problematiken betroffen als Patienten ohne Migrationshintergrund. Auch nicht alle der wahrgenommenen Barrieren in Zugang und Behandlung sind als grundsätzlich als migrantenspezifisch zu betrachten, die Übergänge sind auch hier fließend.

Versorgungsbedarf: Besondere Problemlagen von Migranten

Aus Sicht der Experten bestehen bestimmte Problemlagen, die Migranten besonders betreffen können. Aus diesen können sich Belastungssituationen ergeben, die psychischen Krankheiten Vorschub leisten können und somit einen besonderen Versorgungsbedarf darstellen.

Die möglichen Problematiken sind hierbei sehr vielfältig, insgesamt zeichneten sich in den Experteninterviews aber mehrere Schwerpunktbereiche ab – in den Nutzerinterviews standen hingegen die individuellen Erfahrungen in der Versorgung, weniger die Ursachen der Erkrankung im Vordergrund des Interesses.

Sowohl Versorger als auch MSO-Vertreter sahen viele Probleme im Bereich der Familienstrukturen oder dem näheren sozialen Umfeld verortet. Hier wurden Themen wie migrationsbedingte Rollenveränderungen in traditionellen Familiengefügen, Autonomie- bzw. Loslöseprozesse aus diesen (insbesondere bei Frauen), familiäre Gewalt oder schlichtweg Überlastungen in den oftmals

größeren Haushalten genannt. Das familiäre Umfeld wird aber nicht ausschließlich als Quelle von Belastungsmomenten betrachtet, sondern von den Versorgern auch im Sinne eines Unterstützungssystems für den Betroffenen wahrgenommen. Dieser positive unterstützende Aspekt trat insbesondere in den Fallgeschichten der Nutzer hervor, wo Angehörige beim Zugang und während der Behandlung wichtige Funktionen übernahmen.

Ein anderer Gesichtspunkt, der von beiden Fallgruppen beleuchtet wurde, sind Identitätskonflikte, die entstehen können, wenn Menschen sich durch Migration zwei Gesellschaften und deren Kulturen zugehörig fühlen, aber in beiden nicht wirklich akzeptiert werden und sich so in ihrer Identität in Frage gestellt sehen.

Eine Sondergruppe unter Migranten stellen Flüchtlinge dar. Migration als Flucht kann ganz besonders schwere Problematiken wie etwa Traumatisierungen mit sich bringen, die durch Umstände im Herkunftsland und/oder während der Flucht hervorgerufen werden können. Ein unklarer Aufenthaltsstatus, die damit verbundene, oft lange Zeit währende, Ungewissheit bezüglich des Bleiberechts und eventuell drohende Abschiebung können sich für diese Gruppe zusätzlich als Stressoren auswirken, wie einige Versorger betonten.

Mangelhafte Sprachkenntnisse können aus Sicht beider Expertengruppen den Zugang zu verschiedenen (nicht nur gesundheitlichen) Bereichen versperren, so zu Frustration und Isolations- bzw. Exklusionsgefühlen führen und damit psychische Krankheiten begünstigen. Hierbei kommen neben der Sprachbarriere auch allgemeine Orientierungsschwierigkeiten in einem als komplex empfundenen urbanen Raum zum Tragen.

Im Gegensatz zu den Versorgern, führten die meisten MSO-Vertreter viele der psychischen Probleme ihrer Community auf eine prekäre finanzielle Lage, schlechte Bildung und eine gescheiterte berufliche Integration der Betroffenen zurück.

Diskriminierung und Alltagsrassismus stellen aus Sicht einiger MSO-Vertreter für viele Migranten ein belastendes Moment dar.

Manche Versorger beobachteten darüber hinaus Auffälligkeiten bezüglich der Prävalenz und Ausprägung bestimmter Erkrankungen bei Migrantenpatienten im Gegensatz zu Nicht-Migranten.

Barrieren beim Zugang und während der Behandlung

Aus Sicht der drei Akteursgruppen gibt es bestimmte Aspekte, die im Zugang zum Versorgungssystem und in der sozialpsychiatrischen Behandlung eine Herausforderung darstellen bzw. als Barrieren wirken können. Wie bereits weiter oben erwähnt, können die Grenzen zwischen Zugangs- und Behandlungsbarriere dabei fließend verlaufen.

Sowohl Versorger als auch MSO-Vertreter beobachteten, dass aus verschiedenen Motiven heraus tabuisierte und mit Scham besetzte Thematiken wie z. B. Sexualität, Suizid oder auch Alkohol- und Drogensucht etwa aus Angst vor Sanktionen durch das soziale Umfeld ein Hemmnis in der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten sein können. Gleichzeitig machen Schamgefühle und Ängste diese Thematiken im Rahmen einer Therapie unter Umständen schwer oder gar nicht besprechbar und damit für den therapeutischen Prozess nicht zugänglich. Wie aus den MSO-Interviews hervorging, kann eine psychische Erkrankung an sich stigmatisiert sein, verschwiegen werden und ein Eingeständnis seitens des Betroffenen verhindern. Hilfsangebote werden so nicht oder erst zu spät in Anspruch genommen.

Sprache stellt sowohl aus Sicht der Experten als auch aus Sicht der Nutzer aus verschiedenen Gründen einen sehr wichtigen Aspekt in der Versorgung dar. Das betrifft sowohl den Zugang als auch die Behandlung. Einerseits können mangelnde Sprachkenntnisse die Möglichkeit, sich über Behandlungsangebote zu informieren, einschränken. Andererseits kann der Mangel an Angeboten in der Muttersprache die Inanspruchnahme dieser unmöglich machen. Auch wenn für viele der Versorger die Beziehung zum Patienten am wichtigsten ist, und oft auch wenige Worte für das gegenseitige Verständnis ausreichen, gibt es Fälle, in denen die Sprachbarriere eine Verständigung und damit auch eine Versorgung unmöglich machen kann. Wie insbesondere in den Fallgeschichten der Nutzer deutlich wurde, kann eine gemeinsame Sprache die Grundlage einer erfolgreichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient sein. Emotionale Befindlichkeiten und schwer besprechbare Thematiken können in der Muttersprache oft leichter und präziser formuliert und vermittelt werden.

Aber auch bei gleicher sprachlicher Grundlage kann es in der Behandlung zu Missverständnissen und Unverständnis kommen. So wurde aus allen drei Perspektiven heraus deutlich, dass es im Verhältnis zwischen Behandler und Patient um mehr geht als um das rein sprachliche Verständnis. Neben Aspekten wie Sympathie und Empathie, Respekt und Einfühlungsvermögen, die insbesondere in den Ausführungen der Nutzer deutlich hervor traten, spielt hier auch die Kenntnis des kulturellen Hintergrundes eine wichtige Rolle. Dieser Aspekt spiegelt sich in den verschiedenen Perspektiven wider: Aus Sicht der Versorger können kulturell andere Vorstellungen über psychische Krankheiten und ihre Ursachen oder andere Körpervorstellungen herausfordernd sein (etwa bei der Diagnosestellung). Unwissenheit bezüglich des kulturellen Hintergrundes kann angesichts kulturell fremder Gewohnheiten oder Ausdrucksweisen zu Berührungsangst und Distanz führen. Auch die MSO-Vertreter halten die Kenntnis des kulturellen *Backgrounds* des Patienten für eine wichtige Kompetenz des Therapeuten, hier werden beispielsweise Abweichungen im Rollenverständnis des Arztes angeführt, die zu Missverständnissen führen können. Auch in der Perspektive der Nutzer tritt dieser Aspekt zutage. In manchen der Krankengeschichten war der gemeinsame kulturelle Hintergrund ein leitender Faktor bei der Wahl des Behandlers.

Ein weiterer Aspekt, der sich in den Gesprächen mit den Versorgern andeutete und von einem MSO-Vertreter erwähnt wurde, der aber insbesondere aus Nutzer-Perspektive von zentraler Bedeutung ist und in dessen Zusammenhang sich Verständigungshürden ergeben können, ist die Behandlung mit Medikamenten. Insbesondere aus Sicht mancher Patienten und von Angehörigen können Medikamente gerade im psychiatrischen Bereich negativ assoziiert sein und kann deren Verwendung in der Therapie auf Ablehnung stoßen. Dies kann bis zum Abbruch der Therapie führen.

Barrieren im Zugang ergeben sich nach Meinung der MSO-Vertreter auch aus Desinformation seitens der Migranten-Communities, die dadurch Angebote nicht in Anspruch nahmen. Besonders ältere Generationen hätten Schwierigkeiten, sich zu informieren. Diese Orientierungslosigkeit bei der Suche nach Hilfe spiegelte sich auch in einigen Krankengeschichten wider.

Wie eine MSO-Vertreterin andeutet und ein Patient ausführlicher beschreibt, kann auch ein eventuell durch die Situation im Herkunftsland begründetes Misstrauen gegenüber bestimmten Angebotsformen psychisch erkrankte Menschen daran hindern, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Implikationen, Handlungsfelder

Dem teilweise als herausfordernd und mit gewissen Barrieren behafteten Umgang mit manchen Migrantenpatienten wird seitens der Versorger auf vielfältige und teils auf recht unterschiedliche Weise begegnet. Ausgangspunkt und Grundlage bildet hierbei das individuelle, neugierige und

empathische Eingehen auf die Bedürfnisse jedes Patienten bzw. Klienten. Hierbei spielt auch ausreichend Zeit eine wichtige Rolle, etwa, um tabuisierte Thematiken schließlich doch zugänglich zu machen.

Angesichts der manchmal wahrgenommenen sprachlichen und kulturellen Hürden behilft man sich teilweise durch den Einsatz von Mitarbeitern mit Kultur- und Sprachkenntnissen. Von einigen Versorgern wird allerdings hierauf bewusst verzichtet, da man einerseits eine Chance in der kulturellen Begegnung und Auseinandersetzung sieht oder gar eine zu starke Spezialisierung befürchtet. Dazu gehört aus Sicht aller Experten ein gewisses Maß an Sensibilisierung, welche in Form von interkulturellen Coachings, Fortbildungen etc. geschieht.

Die Handlungsfelder im eigenen Arbeitsbereich werden durch eine bedarfsorientierte Vernetzung mit spezifischen Angeboten in der Region ergänzt, wobei Intensität und Art der Vernetzung je nach repräsentiertem Arbeitsbereich variierte. Die Art der Vernetzung reichte von bedarfsorientierter Weiterleitung an muttersprachliche Therapie- und/oder Gruppenangebote bis zu regelmäßiger enger Zusammenarbeit.

Das Kernhandlungsfeld für die MSO-Vertreter bezüglich der sozialpsychiatrischen Versorgung besteht in der Beratung und bedarfsorientierten Weiterleitung an Versorgungsangebote in der Region. In keiner Organisation gibt es dabei eine spezifisch sozialpsychiatrische Beratung. Durch Fortbildungsveranstaltungen mit eingeladenen Experten will man dem entgegenwirken und die Mitglieder der eigenen Community in dieser Hinsicht sensibilisieren.

Zum Teil werden auch Bedarfsanalysen durchgeführt; eine Organisation gründete zudem eine Beratungshotline. Die zwei befragten im Schwerpunktbereich religiöser Arbeit tätigen Organisationen hoben ihr religiöses Angebot als kurative Ressource bei psychiatrischen Erkrankungen hervor.

Insgesamt sehen die Organisationen ihre Handlungsfähigkeit im sozialpsychiatrischen Bereich durch fehlende Kompetenzen, begrenzte finanzielle Möglichkeiten oder Überforderung eingeschränkt. Die Vernetzung mit Angeboten in der Region beschränkt sich auf eine gelegentliche Weiterleitung an Versorgungsangebote.

Verbesserungsvorschläge und Wünsche

Auch wenn das sozialpsychiatrische Versorgungsangebot in Bezug auf seine Differenziertheit und Vielfalt an Angeboten zumindest teilweise als recht positiv beurteilt wurde und einige der Befragten insgesamt eine positive Entwicklung über die Zeit feststellten, sahen alle Fallgruppen doch Mängel und einen deutlichen Verbesserungsbedarf für bestimmte Bereiche.

Ein aus allen Perspektiven heraus noch als deutlich defizitär bezeichneter Bereich ist der des Wissens-Transfers. Es besteht der allgemeine Wunsch nach mehr Aufklärung, Information und Bildung, und zwar sowohl seitens der Versorger als auch seitens der Nutzer. So sehen die Versorger die Notwendigkeit von Fortbildungen, um interkulturelle Kompetenzen zu erwerben und eine Grundsensibilität der Mitarbeiter zu gewährleisten – ein Aspekt, den auch einige MSO-Vertreter betonen: Hier müsse mehr Verständnis auf Seiten der Ärzte ausgebildet werden. Bezogen auf die Migranten-Communitys äußerten einige Versorger die Notwendigkeit von Aufklärung über bestimmte Erkrankungen, ihre Ursachen und den Umgang mit diesen. Die MSO-Vertreter sehen insbesondere diesbezüglich eine besondere Chance in der Wissensmultiplikation durch die Stärkung der Beratungskompetenzen innerhalb ihrer Organisationen ergänzt durch Zusammenarbeit mit externen

Fachleuten in Form von gemeinsamen Veranstaltungen sowie durch eine stärkere Vernetzung mit dem Versorgungsverbund.

Eine von allen Fallgruppen artikulierte Kritik betrifft die Anzahl an Therapieplätzen. Einerseits zielte die Kritik auf die grundsätzlich als zu niedrig eingeschätzte Zahl an Plätzen und die damit verbundenen oft langen Wartezeiten. Andererseits wurde aber insbesondere das zu geringe Angebot an muttersprachlichen und/oder kultursensiblen Therapieplätzen angemahnt und eine Aufstockung der Kapazitäten in diesem Bereich gefordert. Aus Sicht der Versorger ist insbesondere die Versorgungslage in puncto Traumatherapieplätze schlecht.

Das Angebot an Beratungs- und Anlaufstellen wurde sowohl von Versorgern als auch von MSO-Vertretern als defizitär bezeichnet. Gefordert sind hier mehr muttersprachig beratende Stellen und insgesamt niedrigschwellig zugängliche und einladendere Angebotsformen, beispielsweise durch eine Verortung in Schwerpunkt-Wohngebieten.

Ein Teil der Experten aus der Versorgung sah Bedarf an mehr migrantenspezifischen Gruppenangeboten wie Selbsthilfegruppen und insbesondere Angehörigengruppen. Angehörige könnten so besser in eine Behandlung einbezogen und Barrieren beispielsweise bezüglich bestimmter Behandlungsformen (etwa Medikamente) abgebaut werden. Auch das Angebot an tagesstrukturierenden Maßnahmen in Muttersprache wird als noch ausbaufähig bewertet.

Ein Teil der Versorger sah ausdrücklich im ambulanten Bereich die Chance einer verbesserten Versorgung im Sinne einer Alternative oder Ergänzung stationärer Angebote, wobei hier deutliche Nachwuchsschwierigkeiten bezüglich Mitarbeiter mit Migrationshintergrund gesehen werden.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Für die vorliegende Studie wurde ein zweigeteilter Ansatz gewählt. Mit diesem sollte einerseits die Angebotsstruktur erfasst und andererseits Einstellungen innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes sowie in Bezug zu dem Verbund erhoben werden. Im quantitativen Teil wurde die strukturelle Beschaffenheit der Versorgung bezogen auf Menschen mit Migrationshintergrund deutlich. Es wurde gezeigt, inwiefern die verschiedenen Angebotsformen des Verbundes bezüglich ihres eigenen Angebots, der Zusammensetzung ihrer Mitarbeiterschaft und ihrer Vernetzung mit anderen Angeboten auf Nutzer mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind und welche Herausforderungen beim Zugang und bei der Versorgung dieser bestehen. In den Interviews konnten dabei bestimmte Prozesse im Spannungsfeld Versorger und Nutzer vertiefend herausgearbeitet und verständlicher gemacht werden. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse beider Studienteile in Bezug zueinander gesetzt.

Bedarf

Der Anteil der Nutzer mit Migrationshintergrund ist im Vergleich zur letzten Studie leicht gesunken. In 2007 lag er bei 16%. Aktuell liegt er bei 14%. Im Vergleich zu dem Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung der Region Hannover (22,7%) stellt das eine deutliche Unterrepräsentation dar. Dies kann auch als ein Hinweis für das Bestehen von Zugangsbarrieren interpretiert werden. In dem qualitativen Teil der Studie wurde deutlich, dass bei Personen mit Migrationshintergrund spezifische Stressoren vorliegen können, die eine Vulnerabilität für psychische Probleme zur Folge haben können. Dies würde auch dafür sprechen, dass die tatsächliche Anzahl betroffener Migranten höher liegen könnten als im quantitativen Teil ermittelt wurde. Typische migrationspezifische Stressoren sind Identitätskonflikte, Traumatisierungen, eine prekäre finanzielle Lage, schlechte Bildungssituation und Diskriminierungserfahrungen. Herauszuheben ist die Lage von Flüchtlingen. Sie sind besonders häufig von Traumatisierungen betroffen. Die Versorgung von Flüchtlingen wird durch fehlende Kapazitäten und die aktuelle Rechtsituation erschwert. So hemmt etwa Unklarheit in Bezug auf den Aufenthaltsstatus eine zeitnahe Behandlung sowie die Finanzierung dieser und wirkt als zusätzlicher Stressor.

In den Experteninterviews wurde angedeutet, dass Unterschiede in Bezug auf Prävalenzen bestimmter Diagnosen zwischen den Herkunftsgruppen wahrgenommen werden. Diese These lässt sich durch die Ergebnisse des quantitativen Teils nicht eindeutig bestätigen. Insgesamt wurden F1-Diagnosen als häufigste Diagnose angegeben (28%). In der *Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit* (DEGS-MHS) der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert-Koch-Instituts wurden Diagnosen aus dem F1 Spektrum an zweiter Stelle nach Diagnosen aus dem F3 bzw. F4 Spektrum ermittelt (vgl. Kurth, 2012). Bei Nutzern mit Migrationshintergrund liegt der größte Anteil in dieser Studie bei den F2-Diagnosen (27%). Eine Befragung der Bundesdirektorenkonferenz aus dem Jahr 2006 stellte für Nutzer mit Migrationshintergrund ebenfalls signifikant häufiger eine Diagnose aus dem F2-Spektrum fest, als für Nutzer ohne Migrationshintergrund (vgl. Koch et al., 2008). Studien von Koch und Haasen et al. kommen zu dem Ergebnis, dass bei Migranten häufiger eine Diagnose aus dem F2 oder F3 Spektrum gestellt wird (vgl. Haasen et al, 2005; Koch, 2003).

Ein Grund für die unterschiedliche Verteilung der Diagnosen zwischen Nutzern mit und ohne Migrationshintergrund können auch Fehldiagnosen aufgrund von unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen oder Verständigungsproblemen sein. So wurden etwa in einer Studie von Haasen et al. bei türkischen und deutschen Patienten mit Psychosen bei 19% der türkischen und 4% der deutschen Patienten eine Fehldiagnose ermittelt (vgl. Haasen et al., 2005; Kizilhan, 2013).

In dieser Studie wurden auch verschiedene Herkunftsgruppen betrachtet. Allgemeine Aussagen zu Prävalenzen lassen sich aufgrund der Stichprobengröße und der Beschränkung auf Personen, die das Versorgungssystem bereits in Anspruch nehmen, hier nicht ableiten; hier sind weitere Forschungen nötig. Die größten Anteile an Nutzern mit Migrationshintergrund machen Nutzer aus folgenden Herkunftsländern aus: Länder der ehemaligen Sowjetunion (27%), Türkei (26%) und Polen (12%).

Herausforderungen in Zugang und Behandlung

In beiden Teilen der Studie wurden fehlendes Wissen und sprachliche Barrieren als Herausforderung für den Zugang zu Migranten bzw. zum Versorgungssystem sowie in der Behandlung betont. Wissenslücken beziehen sich auf kulturelle Unterschiede wie z.B. voneinander abweichende Gesundheits- und Krankheitskonzepte, religiös bedingte Tabus usw., die zu Kommunikationsproblemen zwischen Versorgungsangebot und Betroffenen führen können. In den Erfahrungsgeschichten der Nutzer wurde deutlich, wie diese fehlgeschlagene Kommunikation das Verhältnis zwischen Versorger und Migrant negativ beeinflussen und sogar bis zum Behandlungsabbruch führen kann. Auf der Versorgerseite würde Wissen über den Migrations- und kulturellen Hintergrund des Nutzers bzw. über die Bedeutung kultureller Unterschiede für die Behandlung allgemein die Kultursensibilität erhöhen. So kann Missverständnissen vorgebeugt bzw. konstruktiver mit diesen umgegangen werden. Auf Seiten der Nutzer erleichtern Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem den Zugang zu diesem. Dazu ist Aufklärung über Erkrankungen und Erwartungen an Ärzte und Patienten nötig. Der Ausbau des Wissenstransfers wurde als zentraler Verbesserungsbedarf angegeben.

Sprachliche Fähigkeiten sind essentiell, um das Versorgungssystem in Anspruch nehmen zu können. Zudem ist die erfolgreiche sprachliche Kommunikation eine wichtige Komponente für das Gelingen der Behandlung, denn sie schafft Verständnis zwischen Nutzer und Behandler und stärkt deren Beziehung. Wie aus der Perspektive der Nutzer deutlich wurde, kann der Muttersprache eine besondere Bedeutung zukommen: Auch bei guter Beherrschung einer Zweitsprache ist sie oftmals die erste Wahl, wenn es darum geht, über Probleme zu sprechen und Befindlichkeiten präzise darzustellen. Im Zusammenhang mit dem Thema Sprache wurden der Zugang zu und die einheitliche Regelung des Dolmetschereinsatzes gefordert. Die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Verbundes sprechen eine Vielzahl von Sprachen. Ein Vergleich mit der Nutzerstruktur zeigt jedoch, dass die Sprachkompetenzen bisher in der Relation nicht angemessen sind. Die Verteilung der Sprachkenntnisse auf die einzelnen Angebotsformen fällt außerdem unterschiedlich aus. Eine genauere Untersuchung des Bedarfs der Nutzer und der Verteilung der Sprachkenntnisse nach Qualifikation der Fachkräfte könnte vorhandene Potenziale und Herausforderungen aufdecken.

Handlungsstrategien

70% der Servicedienste, die an der Studie teilgenommen haben, gaben an, über spezielle Konzepte bzw. Projekte für Migranten zu verfügen. Am häufigsten wurden sprach- und kulturkompetente Mitarbeiter und der Erwerb von interkultureller Kompetenz genannt. Den Ergebnissen der Vorgängerstudie nach verfügten im Jahr 2007 46% der Angebote über derartige Konzepte bzw. weiterhin Projekte. Trotz der deutlichen Steigerung sehen weiterhin 80% der Teilnehmer noch Verbesserungsbedarf in Bezug auf Fort- und Weiterbildungen zum Thema Migration für die Mitarbeiter sowie die Ausbildung und Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund. Der Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund ist zwischen 2007 und 2012 insgesamt von 9% auf 23% gestiegen. Dies gilt allerdings nicht für alle Angebotsbereiche. Den niedrigsten Anteil machen Mitarbeiter mit Migrationshintergrund mit 4% innerhalb der Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes aus. In den Interviews wurden von Seiten der Experten Nachwuchsschwierigkeiten bei Mitarbeitern mit Migrationshintergrund geäußert. In beiden Studienteilen wurde formuliert, dass die Schulung und

Sensibilisierung von Fachkräften in Bezug auf interkulturelle Kompetenz, Sprach- und Kulturkenntnisse neben der Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund einen hohen Stellenwert einnimmt. Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sind zu einem höheren Anteil (49%) in Vollzeit angestellt als Mitarbeiter ohne Migrationshintergrund (44%). Allerdings wurde bei dieser Erhebung lediglich nach Fachkräften gefragt, die einzelnen Qualifikationen blieben unberücksichtigt.

In beiden Teilen der Studie wurde auch nach der Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Personen gefragt. 40% der Servicedienste gaben an, mit anderen Organisationen und Personen zum Thema *Migration* zusammenzuarbeiten. 70% gaben an, dass sie bei Problemen wissen, wen sie ansprechen können. Durch ein höheres Maß an Zusammenarbeit und Austausch zwischen den Servicediensten können Synergieeffekte entstehen und gute Modelle der Versorgung besser genutzt werden. Auch Kooperation mit Stellen außerhalb des Verbundes kann zu einer Verbesserung beim Zugang und der Versorgung beitragen. Die Angebote des Verbundes können Informationen über psychische Krankheiten und Behandlungsmethoden an Migrantenselbstorganisationen weitergeben. Diese können den Versorgern wiederum Wissen über kulturelle Zusammenhänge vermitteln, Informationen über das Versorgungssystem an ihre Mitglieder weitergeben und diesen verstärkt als beratende Anlaufstelle dienen.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen wurde als wichtig für den Zugang und die Behandlung erachtet. In den Interviews wurde deutlich, dass das direkte soziale Umfeld der Nutzer mit Migrationshintergrund einerseits Herausforderungen für die Versorgung schafft, indem etwa psychische Erkrankungen tabuisiert werden. Andererseits kann es ein wichtiges Unterstützungssystem darstellen. Über Angehörige und Bekannte werden Informationen über Versorgungsmöglichkeiten weitergegeben, von Versorgerseite wurde die Vermittlung durch andere Nutzer als wichtiger Zugangsweg betont. Das Umfeld kann für die Teilnahme an einer Behandlung motivieren und die Nutzer emotional begleiten. In den Gesprächen mit den Patienten und Angehörigen wurde beispielsweise bezüglich medikamentöser Behandlung deutlich, wie wichtig hier eine vermittelnde Zusammenarbeit sein kann.

Ausblick

Aus beiden Studienteilen wird deutlich, dass Migranten insgesamt immer mehr als Nutzer des Versorgungssystems wahrgenommen werden. Der Umgang mit dieser Gruppe und die Einschätzung ihrer Versorgungslage werden unterschiedlich beurteilt. Allgemein lässt sich festhalten, dass der Prozess zu einer bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung von Migranten angestoßen worden ist. Gleichzeitig bestehen weiterhin Herausforderungen, die der Aufmerksamkeit aller Beteiligten bedürfen, denn bisher sind der Zugang und die Versorgung für Migranten noch nicht im selben Maße gewährleistet wie für Personen ohne Migrationshintergrund.

6. Empfehlungen

Ein Ziel der aktuellen Studie ist, die gegenwärtige Situation im Versorgungsverbund darzustellen. Bei der Erhebung wurden bestehende Herausforderungen sichtbar und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer geäußert. Im Folgenden werden diese, nach unterschiedlichen Adressaten geordnet, dargestellt und ein Bezug zu den Empfehlungen der Vorgängerstudie hergestellt. Die folgenden Empfehlungen sollen helfen die sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover in den nächsten Jahren weiter zu verbessern.

Empfehlungen an die Region Hannover und den Sozialpsychiatrischen Verbund

Im Anschluss an die Studie aus dem Jahr 2007 wurden die Empfehlungen von der Region Hannover und dem Sozialpsychiatrischen Verbund aufgegriffen und in verschiedenen Maßnahmen umgesetzt:

So wurde am 2. Dezember 2009 eine Fortbildung der Region Hannover für die Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes durchgeführt. Die Ergebnisse der Fortbildung wurden veröffentlicht. Zusätzlich hat die Fachgruppe *Migration und Psychiatrie* vom 25.10. bis 29.10.2010 eine *Interkulturelle Psychiatriewoche* konzipiert und durchgeführt. Das Ziel war, dass psychiatrische Fachdienste und Migrantenorganisationen zusammenarbeiten und gemeinsam eine Veranstaltung im Rahmen der Psychiatriewoche durchführen. Innerhalb dieser Psychiatriewoche wurde am 27.10.2010 zusätzlich ein Symposium realisiert an der ca. 120 Fachkräfte teilgenommen haben. Am 10. Oktober 2011 hat die Fachgruppe *Migration und Psychiatrie* im Rahmen der *Woche zur seelischen Gesundheit* am Steintor einen Informationsstand organisiert, um Bürger Hannovers mit und ohne Migrationshintergrund mehrsprachig über das Thema *Seelische Gesundheit* zu informieren.

Diese Maßnahmen haben bei den Entscheidungsträgern der Region Hannover und den Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes mehr Bewusstsein und Aufmerksamkeit für diese Thematik geschaffen. Zudem wurde die Öffentlichkeit informiert. Auch von Migranten und ihren Selbstorganisationen hat es eine positive Resonanz gegeben. Hieraus ergibt sich die Frage, wie sich diese positiven Ergebnisse in Zukunft verstetigen lassen.

In der vorliegenden Studie haben viele Institutionen Fortbildungen gefordert, um ihren Mitarbeitern interkulturelle Kenntnisse, Methoden und Haltungen zu vermitteln. Hierzu sollte die Fachgruppe *Migration und Psychiatrie* mit der Vorbereitung eines entsprechenden Konzepts beauftragt werden. Diese Fortbildung sollte für alle Mitarbeiter der Mitgliedsinstitutionen des Sozialpsychiatrischen Verbundes offen stehen. Die Region Hannover sollte hierfür angemessene Finanzierungsmöglichkeiten schaffen. Die Fortbildung sollte zu einem Regelangebot weiterentwickelt werden. Der Vorteil einer solchen Fortbildungsreihe wäre, dass die Fachkräfte sich kontinuierlich mit dem Thema auseinandersetzen und ihre Kenntnisse und Fähigkeiten weiterentwickeln könnten.

Außerdem wurde von den Teilnehmern der Studie die Verbesserung des Wissens-Transfers gefordert. Hierzu hat sich der Aufbau spezifischer Datenbanken bewährt, in denen etwa Adressen und Sprachkompetenzen von Einrichtungen des Gesundheitswesens der Region Hannover (mit dem Schwerpunkt sozialpsychiatrische Versorgung) inklusive der Beschreibungen spezifischer migrationsensibler Angebote zusammengefasst werden. Die Informationen sollten der Öffentlichkeit sowohl in elektronischer Form als auch in Papierform zur Verfügung gestellt werden. Eine weitere Möglichkeit zum Informationsaustausch wären Fachdiskussionen bzw. ein regelmäßiges Forum und Netzwerk mit Vertretern aus verschiedenen Berufsgruppen, etwa aus Psychiatrie, Pflege, niedergelassenen Ärzten und Migranten.

Im Vergleich zur letzten Studie hat sich der Anteil an Mitarbeitern mit Migrationshintergrund insgesamt deutlich erhöht. In einigen Bereichen des Sozialpsychiatrischen Verbundes sind sie allerdings nach wie vor unterrepräsentiert. Hier wäre eine weitere Verbesserung z.B. durch gezielte Stellenausschreibungen und Ausbildungen möglich und wünschenswert.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der wiederholt in der Studie als Problem genannt wurde, war die Diskrepanz zwischen dem Bedarf an Therapieplätzen allgemein sowie muttersprachlichen Angeboten und den vorhandenen Kapazitäten. Eine Erweiterung der Menge an Therapieplätzen würde lange Wartezeiten und deren mögliche Folgen reduzieren. Leider wurde auf das Thema *muttersprachliche Versorgung* z.B. auch in der aktuellen Veröffentlichung der Region Hannover (2013) „Perspektiven der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der Region Hannover“ nicht eingegangen. Hier sollte in Zukunft mit allen Beteiligten (Region Hannover, Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Vereinigung, Migrantenorganisationen etc.) nach Lösungen gesucht werden.

Hausärzte sind für Personen mit Migrationshintergrund oftmals eine wichtige Anlaufstelle, insbesondere auch bei psychischen Störungen. Eine Vernetzung, Sensibilisierung und Fortbildung von Hausärzten in Bezug auf das Thema *Migration* und Möglichkeiten der sozialpsychiatrischen Versorgung kann zur Verbreitung von Informationen und einer Erhöhung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beitragen.

Die Versorgung von Nutzern mit Migrationshintergrund bedarf weiterhin erhöhter Aufmerksamkeit. Bestehende Herausforderungen in diesem Bereich sollten anerkannt werden. Es ist ein höheres Maß an Öffentlichkeitsarbeit nötig, um die Relevanz des Themas deutlich zu machen und den gesellschaftlichen Diskurs dazu anzuregen. Wir empfehlen der Region Hannover und dem sozialpsychiatrischen Verbund, über die Einrichtung einer ggf. externen Stelle zur Koordination und Umsetzung dieser Empfehlungen nachzudenken. Abschließend möchten wir den Entscheidungsträgern bei der Region Hannover nahe legen, die Versorgung von Migranten in naher Zukunft auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Studie erneut zu untersuchen.

Empfehlungen an Niedersächsische Landesgremien

Im Jahr 2009 wurde unter dem Dach des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen die *Arbeitsgruppe 3: Migration* ins Leben gerufen. Damit wurde auf Landesebene einer Empfehlung der Studie aus dem Jahr 2007 entsprochen. In die Arbeitsgruppe wurden auch Mitglieder der Fachgruppe *Migration und Psychiatrie* berufen. Die neue Arbeitsgruppe hat in den vergangenen Jahren im Rahmen der *Agenda zur Verbesserung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund* Empfehlungen für das Sozialministerium Niedersachsen entwickelt. Diese waren wie folgt:

- Datenerhebung zur Analyse der Ist-Situation in Niedersachsen: Ähnlich der vorliegenden Studie in der Region Hannover, wird eine Erhebung dieser Art auf Landesebene gefordert, um hier eine Vergleichbarkeit herzustellen.
- Kultur- und migrationssensible Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter von psychiatrischen Einrichtungen in Niedersachsen: Hierzu sollten detailliertere Leitlinien erarbeitet werden.
- Klärung und Sicherstellung der Kostenübernahme bei Dolmetschereinsätzen: Es werden einheitliche Regelungen und eine Ausweitung der Kostenübernahme gefordert.
- Kultursensitive Informationsmaterialien: Es wird empfohlen, dass in Zukunft verstärkt derartige mehrsprachige Materialien erstellt und allen landesweit zugänglich gemacht werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstreichen die Bedeutung dieser Empfehlungen, so dass wir die Weiterentwicklung dieser und den Beginn einer zeitnahen Umsetzung unterstützen.

Zusätzlich empfehlen wir, dass auf Landesebene in Zukunft eine verstärkte Beschäftigung mit der Situation von Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus stattfinden sollte. Diese befinden sich oftmals in einer prekären Situation und bedürfen gesonderter Hilfestellungen. Eine Sicherung des Zugangs zum Versorgungssystem und zu weiterführenden Angeboten für diese Personen, kann zu einer Stabilisierung ihrer Situation beitragen. Weitere Mittel, Menschen einzubinden sowie ihnen Achtung und Unterstützung entgegen zu bringen, sind die Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Heimatland und die Erlaubnis sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Zudem wurde das Thema Wohnraumbeschaffung wiederholt von Teilnehmern der Studie angesprochen und kommunale und politische Unterstützung von Wohnraumbeschaffung für Migranten in einem angemessenen Zeitfenster gefordert.

Empfehlungen an die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Die Teilnahme der Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes an der Studie hat sich im Vergleich zum Jahr 2007 beim aktuellen Durchlauf deutlich erhöht. Wir führen dies darauf zurück, dass aufgrund der Maßnahmen in den vergangenen Jahren, das Bewusstsein und die Sensibilität für dieses Thema gestiegen sind. Nichtsdestotrotz gibt es für die Zukunft weiteren Handlungsbedarf. Immer wieder wurde von den Teilnehmern der Studie das Thema *Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen* angesprochen. Obwohl der Anteil von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen zugenommen hat, scheint es hier weiterhin Bedarf zu geben. Von einigen Teilnehmern wurde angegeben, dass es schwierig sei, neue qualifizierte Mitarbeiter mit Migrationshintergrund zu finden. Daher sollten die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes Strategien für die interkulturelle Personalentwicklung erarbeiten und z.B. ihre Stellenausschreibungen entsprechend anpassen oder interkulturell engagierte Mitarbeiter in ihrer Karriere fördern.

Fort- und Weiterbildungen sowie die Vernetzung mit anderen Anbietern und MSO können zudem zu einer Verbreitung von Wissen über kulturelle Unterschiede und somit einer verbesserten kultursensiblen Versorgung führen.

Im Verlauf der Datenerhebung wurde deutlich, dass die Erfassung von Daten zu Patienten innerhalb des Verbundes unterschiedlich gehandhabt wird. Eine einheitliche Regelung, etwa zur Dokumentation von Diagnosen nach ICD-10, kann zur Erfassung des Bedarfs und einer entsprechenden Gestaltung der Versorgung beitragen. Neben der einheitlichen Aufnahme der Diagnosen würde auch eine statistische Erfassung des Migrationshintergrundes und der Herkunft eine bedarfsgerechtere Gestaltung der Versorgung ermöglichen und helfen, den Bedarf an Konzepten/Projekten mit Bezug zum Thema *Migration* zu begründen. So könnten etwa Beratungsstellen, die von Nutzern einer bestimmten Herkunftsgruppe viel genutzt werden, Projekte und sprachliche Angebote in diese Richtung anpassen. Besonders im vollstationären Bereich wäre eine solche Erfassung sinnvoll, da dort der Großteil der Nutzer mit Migrationshintergrund versorgt wird. Unterschiede in der Verteilung der Diagnosen könnten dann in Folgeuntersuchungen analysiert werden.

In Bezug auf konkrete Konzepte und Projekte äußerten die Teilnehmer der Studie, es sei sinnvoll, migrations- und kultursensible Angebote koordiniert weiter auszubauen. Die Schaffung von Selbsthilfegruppen und eine Erweiterung der Angehörigenarbeit wurden bereits in der Vorgängerstudie angeregt und auch in dieser Studie unter der Kategorie Verbesserungsbedarf gefordert. Zudem sollten Informationen über Angebote des Verbundes sowie psychische Erkrankungen und Therapieformen weiter verbreitet werden. Dafür bieten sich mehrsprachige Informationsveranstaltungen und -materialien an, die auch bereits von 51% der Studienteilnehmer bereitgestellt werden. Wir schließen uns der Empfehlung eines Teilnehmers an und raten dazu, Ziele und Maßnahmen für die Versorgung und Integration von Migranten festzuschreiben. Dies könnte in Form eines Strategie-

plans für die eigene Einrichtung mit konkreten Zielen, z.B. zur Einstellung von Mitarbeitern, Aufbau von Angeboten, Vernetzung etc. stattfinden.

Empfehlungen an Migrantenselbstorganisationen

Ein wichtiges Ergebnis der Studie im Jahr 2007 war, dass MSO stärker mit einbezogen werden sollten. Diesem Ziel sind wir mit der aktuellen Studie näher gekommen und haben deren Sichtweisen, Anregungen und Ideen für die sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten aufgenommen.

MSO können erheblich zur Prävention, Aufklärung und Verbreitung von Informationen über Angebote des Sozialpsychiatrischen Verbundes sowie psychische Erkrankungen und Therapieformen beitragen und Kompetenzen zur Inanspruchnahme des Versorgungssystems vermitteln. Sie eignen sich als erste Anlaufstelle und Beratungsinstanz, können Möglichkeiten aufzeigen und Kontakte zu anderen Stellen vermitteln. Ebenso ist es möglich, dass sie Ansprechpartner bei Problemen für Angebote der Versorgung sind und Wissen vermitteln, etwa im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen in Zusammenarbeit mit Versorgungseinrichtungen. Zudem können MSO bestehende Bedürfnisse in Bezug auf die Versorgung öffentlich machen und zu einer bedarfsgerechten Gestaltung dieser beitragen. Ihre Sichtweisen sollten in die Planung neuer Projekte und Modifikation bestehender Projekte mit einbezogen werden. Wir empfehlen MSO sich für eine stärkere Vernetzung mit Angeboten des Verbundes einzusetzen und das Gespräch mit den Entscheidungsträgern zu suchen.

Empfehlungen für Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige

Die Bedürfnisse, Erfahrungen und Anregungen von psychiatriee erfahrenen Migranten und ihren Angehörigen wurde in dieser Studie zum ersten Mal mit berücksichtigt. Es ist deutlich geworden, dass bei der Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund nach wie vor Herausforderungen bestehen. Um diese deutlich zu machen, sie zu präzisieren und Wege zu finden, sie aufzulösen, ist es wichtig, dass Probleme bei der Inanspruchnahme durch Nutzer und ihre Angehörigen zurückgemeldet und öffentlich gemacht werden. Häufig leiden Migranten unter einer doppelten Stigmatisierung (als Migrant und psychisch Erkrankter). Deswegen sollten Betroffene stärker ihre Stimme erheben und das Gespräch mit anderen psychiatriee erfahrenen Betroffenen und ihren Organisationen fordern. Eine aktive Suche nach Ansprechpartnern und die frühzeitige Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten ermöglichen zudem eine zeitnah einsetzende adäquate Behandlung und so eine schnellere Heilung.

Von der Seite des Versorgungssystems wurde eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema *psychische Erkrankung* seitens der Migranten angeregt. Dazu gehört, sich über das Thema, das deutsche Gesundheitssystem und die Angebotsstruktur in der Region Hannover zu informieren und Informationen an das eigene Umfeld weiterzugeben. Auch die befragten Nutzer und Angehörigen äußerten fehlende Informationen und Orientierungslosigkeit wiederholt als Problem beim Zugang zur Behandlung oder im Verlauf dieser. Hier bietet sich ein mehrsprachiger Wegweiser zum Thema *Sozialpsychiatrie* an. Dieser sollte Informationen zur Organisationsstruktur der Versorgung sowie über einzelne Störungen und Hilfemöglichkeiten in der Region Hannover enthalten. Der Wegweiser kann dann mit Hilfe von Schlüsselpersonen bekannt gemacht und so Aufklärung ermöglicht werden.

Außerdem ist es wichtig, dass Migranten ihre Bedürfnisse in Bezug auf Sprache, Art des Angebots und der Behandlung, Wahl des Therapeuten etc. gegenüber dem Versorgungssystem äußern und eine kultursensiblere Ausrichtung der Versorgung einfordern. In der vorliegenden Studie wurde auch die Bedeutung des Umfeldes insbesondere der Angehörigen für eine erfolgreiche Therapie deutlich. Nutzer und Angehörige sollten sich für den Zugang zu und die Schaffung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen einsetzen.

Anhang

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmern dieser Studie, die durch ihre Einschätzungen eine Darstellung der aktuellen Versorgungssituation und einen Vergleich mit dem Jahr 2007 möglich machen.

Unser Dank gilt allen Institutionen und ihren Mitarbeitern für die Bereitstellung von Informationen, für die im Rahmen der Teilnahme investierte Zeit und die Auseinandersetzung mit dem Thema *sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten*.

Ganz besonders möchten wir uns bei unseren Interviewpartnern bedanken. Sie haben sich die Zeit genommen, mit uns zu sprechen, und ihre Erfahrungen und Einschätzungen mit uns geteilt.

Wir bedanken uns bei den Stellen, von denen wir weiterführende Daten und Informationen erhalten haben.

Außerdem danken wir all den Personen, die durch ihre Rückmeldungen und die Teilnahme an Diskussionen zum Gelingen dieser Studie beigetragen haben.

Fragebogen für den quantitativen Teil der Erhebung

**Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.V.**



Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Königstraße 6
30175 Hannover



Region Hannover

Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Verbund
Weinstraße 2
30171 Hannover

**Erhebung zur
sozialpsychiatrischen Versorgungssituation
von Migranten/-innen
in der Region Hannover
im Jahr 2012**

Sehr geehrte/-r Teilnehmer/-in der Erhebung,

der nachstehende Fragebogen soll die sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migranten in der Region Hannover erfassen. Die Erhebung ist als Vollerhebung für alle Träger der sozialpsychiatrischen Versorgung mit ihren jeweiligen Angeboten, sofern sie Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover sind, vorgesehen. Die Erhebung wird vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V., in Abstimmung mit der Fachgruppe Migration und Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbundes, im Auftrag der Region Hannover durchgeführt.

Ziele der Erhebung

Die Region Hannover möchte die Situation der psychiatrischen Versorgung von Migranten in der Region Hannover untersuchen und Konzepte und Angebote zur Reduzierung von Zugangsbarrieren zur Versorgung entwickeln.

Im Jahr 2007 ist die erste Erhebung für den Sozialpsychiatrischen Verbund erfolgt und veröffentlicht worden (www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de).

Mit einem zeitlichen Abstand von fünf Jahren erfolgt nun eine Neuauflage der Erhebung. Mit dieser sollen die aktuelle Versorgungssituation erfasst und Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden.

Nach Auswertung der Daten werden die Ergebnisse sowie Empfehlungen für Politik, Verwaltung und die verschiedenen Bereiche des Versorgungssystems veröffentlicht.

Ausfüllen und Versenden des Fragebogens

Nach Erhalt des Fragebogens kann dieser von Hand ausgefüllt und im beiliegenden frankierten Rückumschlag an das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. zurückgeschickt werden.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zeitnah an das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. zurück.

An:

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
– Erhebung 2012 –
Königstraße 6 · 30175 Hannover

Ansprechpartner

Bei Fragen zum Fragebogen oder zum Verlauf der Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migranten in der Region Hannover wenden Sie sich bitte an:

Ahmet Kimil (Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie)

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
Königstraße 6 · 30175 Hannover
Tel. 0511 168-41020
Fax 0511 457215
Email: ethno@onlinehome.de

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Erhebung. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Untersuchung und Weiterentwicklung der Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden überwiegend die männliche Schreibweise verwendet. Wir bitten Sie, dieses nicht als diskriminierend zu verstehen.

A. Allgemeine Informationen zu Ihrem Angebot

Im folgenden Abschnitt werden einige allgemeine Informationen zu Ihrem Angebot sowie zu Ihnen als Ansprechpartner erhoben. Bitte geben Sie Kontaktdaten an, unter denen Sie ggf. für Rückfragen zu erreichen sind.

A.1 Code-Nummer des Angebots entsprechend der Liste der Angebotsformen/Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover:

A.2 Name des Angebots:
.....

A.3 Adresse des Angebots:
.....

A.4 Ausfüllende Person:

A.5 Email:

A.6 Telefon:

A.7 Fax:

B. Mitarbeiter Ihres Angebots

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Mitarbeiter in der jeweiligen Angebotsform (s. Code-Nummer). Mit Mitarbeiter sind in diesem Fall nur Fachkräfte gemeint, die direkt mit den Nutzern Ihres Angebots arbeiten. Mitarbeiter, die z. B. als Gebäudereiniger, Facility Manager oder Praktikanten tätig sind, sollen in dieser Erhebung nicht erfasst werden.

Unter Nutzer verstehen wir: Betreute, Klienten, Patienten etc.

B.1 Anzahl Mitarbeiter gesamt:

B.2 Die folgende Tabelle bezieht sich auf die Herkunft Ihrer Mitarbeiter, deren Fremdsprachenkenntnisse und den Stellenumfang ihrer Anstellung. Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer Mitarbeiter aufgeteilt nach „mit Migrationshintergrund“ oder „ohne Migrationshintergrund“, Stellenumfang sowie den jeweiligen Sprachkenntnissen an. In die Spalte „gesamt“ tragen Sie bitte die Summe der Mitarbeiter nach dem jeweiligen Stellenumfang ein. In die leeren Spalten können Sie weitere Sprachen eintragen. Migranten sind Personen, die nicht im jeweiligen Aufenthaltsland geboren wurden, sowie deren Nachkommen. Für letztere wird auch die Umschreibung „Menschen mit Migrationshintergrund“ benutzt. Unterschieden werden u. a. Ausländer, Spätaussiedler, Flüchtlinge, eingebürgerte Ausländer etc.

Stellen- umfang	Vollzeit	Teilzeit	auf Honorar- basis	ehren- amtlich	Vollzeit	Teilzeit	auf Honorar- basis	ehren- amtlich
	mit Migrationshintergrund				ohne Migrationshintergrund			
Sprache								
Englisch								
Russisch								
Türkisch								
Polnisch								
Spanisch								
Serbo- kroatisch								
Italienisch								
Griechisch								
Arabisch								
Kurdisch								
gesamt								

- Es sind keine Kenntnisse über die Herkunft der Mitarbeiter vorhanden.
- Es sind keine Kenntnisse über Sprachkenntnisse der Mitarbeiter vorhanden.

C. Nutzer Ihrer Angebote

Im nächsten Abschnitt werden Daten zu den Nutzern Ihres Angebots im Jahr 2011 erhoben. Bitte geben Sie möglichst genaue Zahlen an.

C.1 Wie viele Nutzer haben Sie im Jahr 2011 im Rahmen Ihrer Angebote versorgt?

.....

C.2 Wie viele dieser Nutzer aus dem Jahr 2011 haben einen Migrationshintergrund? (Falls keine Daten zum Hintergrund der Nutzer vorliegen, tragen Sie bei Frage C.3 bitte alle Nutzer in der Zeile „Nutzer ohne Migrationshintergrund“ ein.)

.....

C.3 Mit welcher Hauptdiagnose kamen Nutzer im Jahr 2011 in Ihre Einrichtung bzw. welche Hauptdiagnose wurde festgestellt? (Bei Doppeldiagnosen geben Sie bitte nur die Hauptdiagnose an)

Die folgende Tabelle differenziert zum einen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der WHO, zum anderen nach Herkunft/Hintergrund der Nutzer.

Tragen Sie die Anzahl Ihrer Nutzer in die folgende Tabelle ein.

Anzahl der Nutzer	ICD-10 Klassifikation											Diagnose nicht bekannt/verifiziert	
	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99		
Nutzer mit Migrationshintergrund													
Nutzer ohne Migrationshintergrund													

Legende zur Erläuterung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der WHO

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

C.4 Verfügen Sie über differenzierte Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer aus dem Jahr 2011?

Ja

► Bitte ordnen Sie die Angaben zur Herkunft bzw. zum Hintergrund Ihrer Nutzer in folgende Tabelle ein. Falls Ihre Daten nicht nach ICD-10 Klassifikation aufgeschlüsselt sind, geben Sie bitte trotzdem die Gesamtzahl der Patienten nach Herkunft an. In die freien Felder können weitere Herkunftsregionen eingetragen werden.

Nein

► weiter bei Abschnitt **D**

ICD-10 Klassifikation	Anzahl gesamt	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	Diagnose nicht bekannt/ verifiziert
Afghanistan													
Griechenland													
Iran													
Italien													
Länder des ehem. Jugoslawien													
Länder der ehem. Sowjetunion (auch Aussiedler)													
Polen													
Türkei													
arabischsprachige Migranten													
kurdischsprachige Migranten													
spanischsprachige Migranten													

D. Öffnung für Migranten

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die kultursensible Arbeit innerhalb Ihres Angebots und Zugangsmöglichkeiten zu Migranten.

D.1 Verfügt Ihr Angebot über Konzepte/Projekte mit Bezug zum Thema „Migration“? Bitte gehen Sie die folgende Liste durch und kreuzen Sie die Konzepte/Projekte an, die innerhalb Ihres Angebots angewendet werden oder Beachtung finden.

Migrationsspezifische Entwicklung der Organisation

- Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema „Migration“
- Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen
- Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen
- Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur
- Wissens-Transfer
- Anpassung der Stellenprofile
- Einsetzung einer Steuerungsgruppe

Migrationsspezifische Angebote

- Einsatz von qualifizierten Dolmetschern
- Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote
- Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)
- Kultursensible Raumeinrichtung
- Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)
- Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)
- Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers
- Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote
- Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund
- Präventionsangebote
- Aufsuchende Arbeit/ Hausbesuche
- Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen
- Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen

Kultur- & migrationssensible Mitarbeiter

- Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten
- Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision
- Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung
- Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.
- Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems
- Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)
- Fachkräfte mit Migrationshintergrund
- Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen

Sonstiges (Bitte beschreiben Sie weitere Angebote für Nutzer mit Migrationshintergrund.)

.....

.....

- Innerhalb des Angebots existieren keine der angegebenen Konzepte/Projekte.

D.2 Über welche Wege erreichen Sie Migranten?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Zusammenarbeit mit muttersprachlichen Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren
- Vermittlung durch andere Nutzer
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Zusammenarbeit mit Fachkräften mit Sprach- und Kulturkenntnissen
- Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen
- Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen
- Zusammenarbeit mit qualifizierten Dolmetschern
- Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche
- Internet
- Telefonische Beratung
- Zusammenarbeit mit Migrationsfachdiensten
- Zusammenarbeit mit Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)
- Gar nicht

Sonstige:

.....

.....

.....

.....

D.3 Bestehen für Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots Schwierigkeiten beim Zugang zu Migranten?

- Ja
▶ Worin bestehen diese Schwierigkeiten?
- Nein
▶ weiter bei Abschnitt **E**

.....

.....

.....

.....

.....

E. Vernetzung mit anderen Institutionen

Im Folgenden geht es um die Zusammenarbeit Ihres Angebots mit Personen und Organisationen von und für Migranten. Gemeint sind der Informationsaustausch, gegenseitige Hilfestellungen oder gemeinsame Projekte.

E.1 Mit welchen der folgenden Personen/Organisationen hatten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots im Jahr 2011 Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Muttersprachliche Schlüsselpersonen, Mediatoren und/oder Multiplikatoren
- Integrationsbeauftragte
- Angehörige
- Migrationsfachdienste
- Selbstorganisationen von Migranten (Vereine, Glaubensgemeinschaften etc.)
- Dolmetscherdienste
- Ärztlicher/Fachärztlicher Bereich
- Klinischer Bereich
- Beratungsstellen
- Keine

Sonstige:

.....

.....

.....

E.2 Arbeiten Sie bzw. Mitarbeiter Ihres Angebots mit einer/mehreren dieser Personen/Organisationen zusammen (beispielsweise in Form von Beratung, gemeinsamen Projekten etc.)?

- Ja
 - ▶ Beschreiben Sie bitte mit wem und in welcher Form Sie im Jahr 2011 zusammengearbeitet haben
- Nein
 - ▶ weiter bei Frage **E.3**

.....

.....

.....

E.3 Welche Personen/Organisationen sprechen Sie bei Problemstellungen in Bezug auf Nutzer mit Migrationshintergrund an?

.....

.....

- Keine

F. Verbesserungsbedarf innerhalb der Versorgung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf bestehende Defizite innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung in Bezug auf die Arbeit mit Migranten.

F.1 Bei welchen der folgenden Punkte sehen Sie Verbesserungsbedarf?
(Mehrfachnennungen möglich)

Migrationsspezifische Entwicklung der Organisation

- Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema „Migration“
- Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen
- Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur
- Wissens-Transfer
- Anpassung der Stellenprofile
- Einsetzung einer Steuerungsgruppe

Migrationsspezifische Angebote

- Einsatz von qualifizierten Dolmetschern
- Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote
- Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)
- Kultursensible Raumeinrichtung
- Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)
- Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)
- Migrations- und kultursensible Beratung/Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers
- Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote
- Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund
- Präventionsangebote
- Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche
- Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen

Vernetzung mit den Migranten-Communitys

- Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Communitys
- Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen
- Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen
- Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten
- Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit
- Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen

Kultur- & migrationssensible Mitarbeiter

- Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten
- Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision
- Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung
- Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.
- Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems
- Kommunikation mit Behörden (z. B. der Ausländerbehörde)
- Fachkräfte mit Migrationshintergrund
- Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen

Sonstige:

Es besteht kein Verbesserungsbedarf.

▶ weiter bei Abschnitt **G**.

F.2 Bei welchen der Punkte aus Frage F.1 sind Verbesserungen dringend notwendig?
(Bitte wählen Sie insgesamt drei Punkte aus.)

Migrationsspezifische Entwicklung der Organisation

- Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema „Migration“
- Entwicklung und Anpassung von Jahreszielen und Strategieplänen
- Entwicklung einer migrationsspezifischen Dokumentation mit Sammlung relevanter Papiere und Literatur
- Wissens-Transfer
- Anpassung der Stellenprofile
- Einsetzung einer Steuerungsgruppe

Migrationsspezifische Angebote

- Einsatz von qualifizierten Dolmetschern
- Fremdsprachige Erstgespräche und Beratungsangebote
- Routinemäßige Migrationsanamnese (z. B. zur Herkunft und Kultur des Nutzers)
- Kultursensible Raumeinrichtung
- Kultursensible Abläufe (z. B. Berücksichtigung von Gebetszeiten bei stationären Aufenthalten)
- Kultursensible Versorgung (z. B. Beachtung von Nahrungsvorschriften bei stationären Aufenthalten, z. B. halal oder koscheres Essen)
- Migrations- und kultursensible Beratung/ Therapie, ggf. in der Muttersprache des Nutzers
- Entwicklung migrations- und kultursensibler Gruppenangebote
- Angebote unter Einbezug von Angehörigen mit Migrationshintergrund
- Präventionsangebote
- Aufsuchende Arbeit/Hausbesuche
- Informationsmaterial (Broschüren etc.) in verschiedenen Sprachen

Vernetzung mit den Migranten-Communitys

- Aufsuchende Kontaktpflege mit Schlüsselpersonen der Community
- Förderung von Netzwerken mit Migrantenorganisationen
- Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen
- Förderung von Selbsthilfegruppen für Migranten
- Förderung von Angehörigen- und Elternarbeit
- Ermittlung der Bedürfnisse der Minderheitengruppen

Kultur- & migrationssensible Mitarbeiter

- Fort- und Weiterbildungen zu relevanten Themen in der Arbeit mit Migranten
- Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision
- Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Coaching oder kollegiale Fallberatung
- Einsatz von Lotsen, Mediatoren etc.
- Vernetzung mit anderen Institutionen des Versorgungssystems
- Kommunikation mit Behörden (z.B. der Ausländerbehörde)
- Fachkräfte mit Migrationshintergrund
- Fachkräfte mit Sprach- und Kulturkenntnissen
- Sonstige

G. Effekte aus der Arbeit mit Migranten

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf Auswirkungen aus der Arbeit mit Migranten auf Ihr gesamtes Angebot.

G.1 Welche Effekte hat die Arbeit mit Migranten auf andere Arbeitsbereiche und die Gestaltung Ihres Angebots?

.....

.....

.....

.....

H. Effekte der Studie aus dem Jahr 2007

Im Jahr 2007 wurde bereits eine Erhebung zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migranten in der Region Hannover durchgeführt. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Auswirkungen dieser Studie auf Ihre Angebote.

H.1 Haben Sie im Jahr 2007 an der Erhebung teilgenommen oder kennen Sie die Ergebnisse der Studie?

- Ja, ich habe teilgenommen. Ja, ich kenne die Ergebnisse. Nein, ich habe weder teilgenommen, noch kenne ich die Ergebnisse.
- ▶ weiter bei Frage **H.2** ▶ weiter bei Frage **H.2** ▶ weiter bei Abschnitt **I.**

H.2 Haben innerhalb Ihres Angebots nach der Erhebung im Jahr 2007 Veränderungen/Entwicklungen in der Arbeit mit Migranten stattgefunden?

- Ja Nein
- ▶ weiter bei Frage **H.3** ▶ weiter bei Abschnitt **I.**

H.3 Um welche Art von Veränderungen/Entwicklungen handelt es sich?

.....

.....

.....

.....

.....

H.4 Wie bewerten Sie die Auswirkungen der unter H.3 genannten Veränderungen/ Entwicklungen auf Ihr Angebot?

1 sehr positiv <input type="checkbox"/>	2 positiv <input type="checkbox"/>	3 ohne Bedeutung <input type="checkbox"/>	4 negativ <input type="checkbox"/>	5 sehr negativ <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	---

Bitte erläutern Sie Ihre Angabe kurz.

.....

.....

.....

.....

I. Perspektiven für die sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten

Im folgenden Abschnitt geht es um eine Beurteilung und Entwicklungsmöglichkeiten der Versorgung von Migranten.

I.1 Wie beurteilen Sie die sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten in der Region Hannover aus Ihrer Perspektive.

1 sehr gut <input type="checkbox"/>	2 gut <input type="checkbox"/>	3 mittelmäßig <input type="checkbox"/>	4 schlecht <input type="checkbox"/>	5 sehr schlecht <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	--

Bitte erläutern Sie Ihre Angabe kurz.

.....

.....

.....

.....

I.2 Welche Vorschläge haben Sie für Verbesserungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten?

1......
.....
.....
.....

2......
.....
.....
.....

3......
.....
.....
.....

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen und an der Erhebung teilgenommen haben.

Bei weiteren Fragen zum Fragebogen oder zum Verlauf der Erhebung wenden Sie sich bitte an:

Ahmet Kimil
(Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie)

Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e. V.
Königstraße 6 · 30175 Hannover

Tel. 0511 168-41020
Fax 0511 457215

Email: ethno@onlinehome.de

Leitfaden für die Interviews

Interviewleitfaden Experten in der sozialpsychiatrischen Versorgung

Vor Beginn des eigentlichen Interviews:

- Nochmals kurze Information zur Studie und zum Interviewablauf
- Hinweise auf Datenschutz geben und Einverständnis zum Gebrauch des Aufnahmeapparates erfragen

Vorstellung

Könnten Sie bitte sich selbst, ihre Funktion und ihre Einrichtung kurz vorstellen?

- Arbeitsbereich der Einrichtung
- Migrantenpatienten/-klienten
 - Anteil
 - Herkunftsregionen

Erfahrungen im Umgang mit Migrantenpatienten-/klienten

Was machen Sie für Erfahrungen im Umgang mit Patienten/Klienten mit Migrationshintergrund, wie würden sie das beschreiben?

- Herausforderungen, positive Aspekte
- Unterschiede:
 - Herkunft
 - Geschlecht
 - Generationen

Versorgungsbedarf

Wie beurteilen Sie den Versorgungsbedarf von Migrantenpatienten-/klienten?

- Häufige Problematiken
- Unterschiede:
 - Herkunft
 - Geschlecht
 - Generationen
- Unterschiede im Umgang

Implikationen, Handlungsfelder

Wie gehen Sie in Ihrer Einrichtung mit den evtl. bestehenden Herausforderungen und dem spezifischen Bedarf um?

- Besondere Angebote, Maßnahmen im eigenen Arbeitsbereich (spezifische Angebote, Weiterbildung etc.) Bestehen diesbezüglich Vernetzungen/Kooperationen mit anderen Angeboten in der Region Hannover?
- Art des Angebots
- Art der Vernetzung

Abschließende Bewertung der Versorgungssituation: Verbesserungsvorschläge, Wünsche

Wie würden Sie die sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migranten beschreiben?

- Kritikpunkte und positive Aspekte
 - im eigenen Arbeitsbereich
 - in der Region Hannover

Wie könnte man Ihrer Meinung nach die Versorgungssituation verbessern?

Was würden Sie sich diesbezüglich wünschen?

**Gibt es noch etwas, was Sie gerne ergänzen würden und was Ihnen außerdem wichtig wäre?
Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Mithilfe!**

Interviewleitfaden *Experten*: Vertreter von Migranten-Selbstorganisationen (MSO)

Vor Beginn des eigentlichen Interviews:

- **Nochmals kurze Informationen zur Studie und zum Interview**
- **Hinweise auf Datenschutz geben und Einverständnis zum Gebrauch des Aufnahmeegerätes erfragen**

Vorstellung

Könnten Sie bitte sich selbst und ihre Organisation kurz vorstellen?

- Art der Organisation, Arbeitsbereiche
- Zusammensetzung der Mitglieder

Versorgungsbedarf der durch die MSO vertretenen Community

Welche Probleme im sozialpsychiatrischen Bereich bestehen aus Ihrer Sicht innerhalb der Community?

- Unterschiede
 - Geschlecht
 - Generationen

Erfahrungen mit den sozialpsychiatrischen Angeboten

Welche Erfahrungen machen betroffene Mitglieder der Community mit sozialpsychiatrischen Versorgungsangeboten?

- Schwierigkeiten, positive Aspekte
 - Zugang
 - Behandlung

Implikationen, Handlungsfelder

Inwiefern bestehen für Ihre Organisation Handlungsmöglichkeiten bezüglich der in der Community bestehenden Problematiken, wie reagieren Sie im Rahmen der Organisation darauf?

- Maßnahmen innerhalb der Organisation (spezifische Hilfsangebote, Beratung etc.)
- Bestehen diesbezüglich Vernetzungen, Kooperationen mit externen Angeboten in der Region?
- Art des Angebots
 - Art der Vernetzung

Wenn diese nicht bestehen: Warum nicht?

Abschließende Bewertung der Versorgungssituation: Verbesserungsvorschläge, Wünsche

Wie würden Sie die sozialpsychiatrische Versorgungssituation bezüglich der durch Ihre Organisation vertretenen Community beschreiben?

- Kritikpunkte, positive Aspekte

Wie könnte man Ihrer Meinung nach die Versorgungssituation verbessern?

Was würden Sie sich diesbezüglich wünschen?

Gibt es noch etwas, was Sie gerne ergänzen würden und was Ihnen außerdem wichtig wäre?

Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Mithilfe!

Interviewleitfaden *Patienten* in der sozialpsychiatrischen Gesundheitsversorgung

Vor Beginn des eigentlichen Interviews:

- **Nochmals kurze Informationen zur Studie und zum Interview**
- **Hinweise auf Datenschutz geben und Einverständnis zum Gebrauch des Aufnahmeegerätes erfragen**

Vorstellung der eigenen Person

Könnten Sie sich bitte kurz vorstellen

- Alter, Tätigkeiten, familiäre Situation etc.
- Angaben zur Migrationsgeschichte
- ggf.: Woher, wie, wann und warum nach Deutschland gekommen?

Erfahrungen im Umgang mit dem Versorgungssystem

Wie war das damals, als Sie krank wurden, wie fing das an, beschreiben Sie bitte?

- Wie und wo zuerst Hilfe gesucht und gefunden?
- Wer hat geholfen?
- Wie Behandlung erlebt (wie gefühlt, was war gut, was war schlecht und warum?)?
- Wie ging es weiter?

...

Verbesserungsvorschläge, Wünsche in Hinblick auf die eigenen Erfahrungen

Wenn Sie auf ihren eigenen Krankheitsweg zurückblicken, was hätten Sie sich gewünscht, was hätte Ihnen geholfen und warum?

ggf.: Was wünschen Sie sich für Ihre Behandlung, was haben Sie für Verbesserungsvorschläge?

Gibt es noch etwas, was Sie gerne ergänzen würden und was Ihnen außerdem wichtig wäre?

Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Mithilfe!

Interviewleitfaden *Angehörige von Patienten* in der sozialpsychiatrischen Gesundheitsversorgung

Vor Beginn des eigentlichen Interviews:

- **Nochmals kurze Erläuterung der Studie und des Interviews**
- **Hinweise auf Datenschutz geben und Einverständnis zum Gebrauch des Aufnahmeegerätes abklären!**

Vorstellung der eigenen Person

Könnten Sie sich bitte kurz vorstellen

- Alter, Tätigkeiten, familiäre Situation etc.
- Angaben zur Migrationsgeschichte
- ggf.: Woher, wie, wann und warum nach Deutschland gekommen?

Erfahrungen im Umgang mit dem Versorgungssystem

Wie war das, als ... krank wurde? Beschreiben Sie bitte.

- Wie und wo zuerst Hilfe gesucht und gefunden

Haben Sie ... bei Behandlungen, Beratungen usw. begleitet?

- Wie Behandlung etc. erlebt (wie gefühlt, was war gut, was war schlecht und warum?)?
- Wie ging es weiter?

...

Verbesserungsvorschläge, Wünsche in Hinblick auf die eigenen Erfahrungen

Wenn Sie auf den Krankheitsweg von ... zurückblicken, was hätten Sie sich gewünscht, was hätte Ihnen geholfen und warum?

ggf.: Was wünschen Sie sich für die Behandlung von ..., was haben Sie für hier für Verbesserungsvorschläge?

Gibt es noch etwas, was Sie gerne ergänzen würden und was Ihnen außerdem wichtig wäre?

Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Mithilfe!

Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 [Kapitel 5 (F)] der Weltgesundheitsorganisation

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Literaturverzeichnis

Assion, H.-J.	2005 Migration und psychische Krankheit. In H.-J. Assion (Hrsg.), <i>Migration und seelische Gesundheit</i> (S. 133–144). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
Bär, Thomas	2011 Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. <i>Psychotherapeutenjournal</i> , 1/2011.
Bermejo, I., Hölzel, L. P. & Schneider, F.	2012 Transkulturelle Psychiatrie. In F. Schneider (Hrsg.), <i>Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie</i> (S. 553–560). Heidelberg: Springer-Verlag.
Bundesamt für Migration und Flüchtlinge	2009 Altersstruktur der Bevölkerung nach Migrationshintergrund, <i>Mikrozensus 2009</i> . URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Forschung/Integrationsreport/Grunddaten/grunddatentabelle-1-3-xls.html (eingesehen am 17.09.2012)
Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (a)	2009 Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Herkunft und Aufenthaltsdauer, <i>Mikrozensus 2009</i> . URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Forschung/Integrationsreport/Grunddaten/grunddatentabelle-1-5-xls.html (eingesehen am 17.09.2012)
Calliess, I. T., Wielant, M. & Ziegenbein, M.	2007 Auswirkungen des Krankheitsverständnisses auf die Begutachtungspraxis bei Migranten mit psychischen Störungen. In M. Neises & G. Schmid-Ott (Hrsg.), <i>Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie</i> (S. 226–289). Lengerich: Pabst Science Publishers.
Cranach von, M. & Fresser-Kuby, R.	2001 Ethnopsychiatrie im stationären Klinikalltag. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), <i>Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen</i> (S. 291–303). Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.
David, M. & Borde, T.	2001 <i>Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus</i> . Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag GmbH.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	2012 <i>Positionspapier zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland</i> . URL: http://www.dgppn.de/aktuelles/startseite-detailansicht/article/100/positionspap-2.html (eingesehen am 20.09.2012)

Devereux, G.	1974 <i>Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethno-psychiatrie.</i> Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R.	2007 Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. <i>Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz</i> , 50, S. 800-809.
Flick, U.	2007 <i>Qualitative Sozialforschung.</i> Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Verlag.
Geertz, C.	1983 <i>Dichte Beschreibungen. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme.</i> Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
Haasen, C., Kleinemeier, E. & Yagdiran, O.	2005 Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In H.-J. Assion (Hrsg.), <i>Migration und seelische Gesundheit</i> (S. 145–155). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
Hausotter, W. & Schouler-Ocak, M.	2007 <i>Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund und Arbeitnehmern nichtdeutscher Herkunft unter medizinischen und psychologischen Aspekten.</i> München: Elsevier GmbH.
Hegemann, T.	2001 Transkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz, über kulturelle Grenzen hinweg zu kommunizieren. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), <i>Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen</i> (S. 116–129). Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.
Hegemann, T. & Salman R.	2010 Transkulturelle Psychiatrie – eine Reise. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), <i>Handbuch Transkulturelle Psychiatrie.</i> (S. 11–19). Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.
Hoerder, D., Lucassen, J. & Lucassen, L.	2007 Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung. In K. J. Bade et al. (Hrsg.), <i>Enzyklopädie. Migration in Europa. Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart</i> (S. 28–53). Paderborn: Ferdinand Schöningh GmbH & Co KG.
Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. & Schlaud, M.	2007 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. (KiGGS). <i>Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz</i> , 50, S. 836–850.
Kimil, A. & Salman, R.	2007 Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover. In Region Hannover (Hrsg.), <i>Sozialpsychiatrische Schriften.</i> Band 2. Hannover.

<p>Kimil, A./ Waldhoff, H.-P. & Salman, R.</p>	<p>2010 Wer versteht schon diese Familien? Res-sourcen und Schwierigkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Familien im Kontext der Psychiatrie. In Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst (Hrsg.), <i>Sozial-psychiatrische Schriften</i>, Band 3 (S. 26-44). Hannover.</p>
<p>Kizilhan, I.</p>	<p>2007 Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In T. Borde & M. David (Hrsg.), <i>Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potenziale</i> (S. 53-67). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag GmbH.</p>
<p>Kizilhan, J.I.</p>	<p>2013 <i>Kultursensible Psychotherapie. Hintergründe, Haltungen und Methodenansätze</i>. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.</p>
<p>Kleinman, A.</p>	<p>1980 <i>Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry</i>. Berkeley, University of California Press.</p>
<p>Koch, E.</p>	<p>2003 Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Koordination: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), <i>Gesunde Integration</i> (S. 43-53). Berlin: Verlag der Bundesregierung.</p>
<p>Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, RG. & Schouler-Ocak, M.</p>	<p>2008 Patienten mit Migrationshintergrund in stationärpsychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. <i>Nervenarzt</i>, 79. S. 328-339.</p>
<p>Kohls, M.</p>	<p>2011 Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. <i>Forschungsbericht 9</i>. Nürnberg. URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb09-mortalitaet.pdf?__blob=publicationFile (eingesehen am 16.08.2012)</p>
<p>Kohte-Meyer, I.</p>	<p>1999 Spannungsfeld Migration: Ich-Funktionen und Ich-Identität im Wechsel von Sprache und kulturellem Raum. In F. Pedrina et al. (Hrsg.), <i>Kultur. Migration. Psychoanalyse. Therapeutische Konsequenzen theoretischer Konzepte</i> (S. 71-97). Tübingen: edition diskord.</p>

Kurth, B.M.	2012 Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). <i>Bundesgesundheitsblatt</i> 2012. Wiesbaden: Springer-Verlag.
Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen	2012 <i>Integration und Teilhabe der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse aus dem Integrationsmonitoring Niedersachsen 2012</i> . Statistische Monatshefte Niedersachsen, 11/2012. Hannover
Landeshauptstadt Hannover	2012 <i>Integrationsmonitoring-Bericht 2010</i> . Hannover.
Landeshauptstadt Hannover	2012 (a). <i>Ausgewählte Daten zur Struktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Landeshauptstadt Hannover</i> . Hannover.
Machleidt, W.	2006 Die Sonnenberger Leitlinien – Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In W. Machleidt, R. Saman & I. T. Calliess (Hrsg.), <i>Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa</i> (S. 21–35). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
Merbach, M., Witting, U. & Brähler, E.	2007 Offen für alle? MigrantInnen in der gesundheitlichen Versorgung am Beispiel polnischer und vietnamesischer Zuwanderer in Leipzig. In M. Neises & G. Schmid-Ott (Hrsg.), <i>Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie</i> (S. 245–265). Lengerich: Pabst Science Publishers.
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration	2012 <i>Integrationsmonitoring Niedersachsen 2012</i> . Hannover.
Razum, O. et al.	2008 Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. In Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: <i>Gesundheitsberichterstattung des Bundes</i> . Berlin. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile (eingesehen am 17.09.2012)
Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst	2012 <i>Sozialpsychiatrischer Plan 2012 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover</i> . Hannover.
Region Hannover, Fachbereich Gesundheit	2013 <i>Perspektiven der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der Region Hannover</i> . Hannover.

<p>Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E.</p>	<p>2005 <i>Methoden der empirischen Sozialforschung.</i> München: R. Oldenbourg Verlag.</p>
<p>Schouler-Ocak, M.</p>	<p>2012 <i>Die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im psychiatrischpsychotherapeutischen Gesundheitssystem. Habilitationsschrift an der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin.</i></p>
<p>Statistisches Bundesamt</p>	<p>2012 Bevölkerung. Personen mit Migrationshintergrund. <i>Methodische Erläuterungen.</i> URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html (eingesehen am 16.08.2012)</p>
<p>Statistisches Bundesamt</p>	<p>2012 (a). Pressemitteilungen. <i>Ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland hatte 2010 einen Migrationshintergrund.</i> URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/09/PD11_355_122.html (eingesehen am 08.11.2012)</p>
<p>Straub, J. & Thomas, A.</p>	<p>2003 Positionen, Ziele und Entwicklungslinien der kulturvergleichenden Psychologie. In A. Thomas (Hrsg.), <i>Kulturvergleichende Psychologie</i> (S. 29-80). Göttingen: Hogrefe.</p>
<p>Welsch, W.</p>	<p>2010 Was ist eigentlich Transkulturalität?. In L. Darowska, T. Lüttenberg, C. Machold (Hrsg.), <i>Hochschule als transkultureller Raum? Kultur, Bildung und Differenz in der Universität</i> (S. 39-66). Bielefeld: Transcript.</p>

Autoren- und Koautorenverzeichnis

Bendfeld, Lea	Wissenschaftliche Hilfskraft Studiert internationale Migration und interkulturelle Beziehungen Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Königstraße 6 · 30175 Hannover
Brinkmann, David	Wissenschaftliche Hilfskraft M.A. Ethnologe Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Königstraße 6 · 30175 Hannover
Bussler, Jessica	Projektmanagerin Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V. Freundallee 25 · 30173 Hannover
Kimil, Ahmet	Projektleiter Studie Sprecher der Fachgruppe Migration und Psychiatrie Diplom-Psychologe Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Königstraße 6 · 30175 Hannover
Kirschnik-Tänzer, Sabine	Oberärztin Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf Südstraße 25 · 30515 Wunstorf
Salman, Ramazan	Diplom-Sozialwissenschaftler Geschäftsführer Ethno-Medizinisches-Zentrum e.V. Königstraße 6 · 30175 Hannover
Schlieckau, Lothar	Psychiatriekoordinator Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Weinstraße 2 · 30171 Hannover
Sueße, Thorsten, Dr.	Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover Weinstraße 2 · 30171 Hannover
Türk, Ali	Diplom Sozialwissenschaftler Geschäftsführer Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V. Freundallee 25 · 30173 Hannover



Region Hannover

HERAUSGEBER

REGION HANNOVER

Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung
des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Weinstraße 2
30171 Hannover

ISSN 1865-6838

Titelfoto: © Alx - Fotolia.com

www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de