

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Mitte  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

## **DISSERTATION**

„Die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten und  
Substitutionsbehandlungen in Berlin sowie stationären psychiatrischen  
Einrichtungen in Deutschland“

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Simone Penka (M.A).

aus Oettingen

Datum der Promotion: 05.06.2016

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Zielsetzungen</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Methoden</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>10</b>
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>15</b>
Der Stand der interkulturellen Öffnung auf institutioneller Ebene.....	16
Der Stand der interkulturellen Öffnung auf Ebene der Inanspruchnahme.....	17
Ausblick.....	22
<b>6. Literatur</b> .....	<b>23</b>
<b>7. Anteilserklärung und eidesstattliche Versicherung</b> .....	<b>32</b>
<b>8. Ausgewählte Publikationen</b> .....	<b>34</b>
<b>Studie 1:</b> <u>Penka S</u> , Kluge U, Vardar A, Borde T, Ingleby D. The German concept of “Intercultural opening” as an answer to challenges of migration - the development of an assessment tool for the appraisal of its current status in the mental health care system. Eur Psychiatry 2012, 27, Suppl 2: 63-9.	
<b>Studie 2:</b> <u>Penka S</u> , Faißt H, Vardar A, Borde T, Mösko MO, Dingoyan D, Schulz H, Koch U, Kluge U, Heinz A. Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. Psychother Psychosom Med Psychol 2015, 65: 353-362	
<b>Studie 3:</b> Schouler-Ocak M, Bretz HJ, <u>Penka S</u> , Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A. Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. Eur Psychiatry 2008, 23: 21-27	
<b>Studie 4:</b> Bald LK, Schouler-Ocak M, <u>Penka S</u> , Schoofs N, Häbel T, Bermpohl F, Gutwinski S. Opioidsubstitution bei heroïnabhängigen Patienten mit Migrationshintergrund. Der Nervenarzt 2015, DOI: 10.1007/s00115-015-4386-6	
<b>9. Curriculum Vitae</b> .....	<b>69</b>
<b>10. Komplette Publikationsliste</b> .....	<b>72</b>
<b>11. Danksagung</b> .....	<b>76</b>

## **Zusammenfassung**

Um der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, wird die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen seit vielen Jahren gefordert. Sie ist politisch anerkannt. Zum Stand der interkulturellen Öffnung in psychosozialen sowie stationären psychiatrischen Einrichtungen und Substitutionsbehandlungen lagen bislang nur wenige Daten vor. Ziel der vorgelegten Arbeit war im Rahmen von vier Studien eine Untersuchung versorgungsrelevanter Aspekte der interkulturellen Öffnung. Es wurde erstmals ein Erhebungsinstrument, das die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Einrichtungen umfassend abbildet, entwickelt und überprüft. Es erwies sich als praktisch gut anwendbar ist. Bei seinem Einsatz zeigte sich, dass die interkulturelle Öffnung auf institutioneller Ebene in der psychosozialen Versorgung jenseits von Absichtserklärungen wenig implementiert ist. Professionell Dolmetschende wurden selten standardisiert eingesetzt. Auch Mitarbeitende mit Migrationshintergrund waren unterrepräsentiert. Generelle Annahmen einer Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund in Einrichtungen sind nicht zutreffend. Abhängig von der untersuchten Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund stellte sich nur teilweise eine im Vergleich zum Bevölkerungsanteil geringere Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland sowie psychosozialen Versorgungsangeboten und Substitutionsbehandlungen in Berlin dar. Unterschiedliche Prävalenzen psychischer Störungen, tatsächliche Zugangsbarrieren sowie Faktoren, die zu einer Verzerrung der Inanspruchnahmedaten führen, können hierfür verantwortlich sein. Die Diversität von Menschen mit Migrationshintergrund spiegelt sich in den dargestellten Inanspruchnahmedaten sowie in Schwierigkeiten bei der Erfassung des Migrationshintergrundes wider. In der Diskussion um die Verbesserung der Versorgung dieser „Bevölkerungsgruppe“ ist sie umfassend, auch bezüglich weiterer Faktoren, wie Einkommen, Bildungsschicht etc., zu beachten und relevant.

## **Abstract**

For years, demands have been made for healthcare institutions to move towards intercultural opening so as to provide adequate care for people with an immigration background. This is politically recognised, yet little data is available to date on the state of intercultural opening in psychosocial and inpatient psychiatric facilities and substitution treatment. The aim of this study, within the framework of four studies, was to investigate aspects of intercultural opening relevant to healthcare. To begin with, a survey tool was developed to detail the intercultural opening of psychosocial facilities. This tool proved useful when applied in practice; it showed that beyond

statements of intent, intercultural opening hardly occurs on an institutional level in this context. Professional interpreters were rarely deployed as standard. Employees with an immigrant background were also under-represented. General assumptions that people with an immigrant background are under-represented in these facilities were not verified. Depending on the group of people with an immigrant background studied, lower use of inpatient psychiatric facilities in Germany / psychosocial care services and substitution treatment in Berlin compared to percentage of the population was only partially seen. Different prevalences of psychiatric disorders, real barriers to access and factors that lead to distorted data on service use might be responsible. The diversity of people with an immigration background is reflected both by our service use data and difficulties in capturing data on immigration background. This is relevant to the discussion on improving care for this "population group", and must be properly considered, also in relation to other factors such as income, educational status, etc.

## **1. Einleitung**

Deutschland gilt heutzutage als eines der größten Einwanderungsländer [1, 2]. Für 2014 wurde die höchste Zuwanderung seit 20 Jahren belegt [3]. Prognosen für 2015 lassen eine weitere Zunahme erwarten [4]. 2013 lebten 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, was 20,5% der Bevölkerung darstellt [5]. Diese sind laut Definition des deutschen Mikrozensus Personen der ersten, der zweiten und teils der dritten Migrantengeneration<sup>1</sup> [5]. Deren Diversität im Sinne von Herkunftsländern, aufenthaltsrechtlichem Status, sozioökonomischen Status etc. ist ausgeprägt [2, 6].

Die Datenlage hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist aufgrund fehlender nationaler Erhebungen unklar [7, 8, 8, 9, 10]. Meist wird von einer mindestens genauso hohen Prävalenz wie in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ausgegangen [11], auch wenn diese abhängig von Belastungsfaktoren [12-15] bei einzelnen Krankheitsbildern und Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund höher ausfallen kann [7, 16-21]. Um von einem adäquaten Zugang zu Versorgungsangeboten ausgehen zu können, sollte sich die Inanspruchnahme von Einrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund zumindest ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend abbilden [11]. Seit den 1990ern wurde anhand lokaler Untersuchungen auf eine Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund in (gemeinde-) psychiatrischen

---

<sup>1</sup> nach 1949 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugezogene, in Deutschland geborene Ausländer oder in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil [5]

[18, 22-27] und Suchthilfeangeboten [27, 28], eine Überrepräsentation bei Zwangsunterbringungen sowie auf zeitlich kürzere stationäre psychiatrische Aufenthalte [27, 29-30] hingewiesen. Verantwortlich können unterschiedliche Aspekte sein, wie z.B. Sprachbarrieren, mangelnde Informationen, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen sowie andere Erklärungsmodelle abhängigen Verhaltens [6, 28, 31-34]. Erst später rückten von Professionellen ausgehende Barrieren, wie abweisendes Verhalten, Unsicherheiten, Vorurteile und Berührungsängste, in den Blick [35, 36].

1986 forderte die WHO [37] Sensibilität und Berücksichtigung kultureller Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung dieser Zielgruppe. Weltweit werden diesbezüglich unterschiedliche Ansätze verfolgt [38-40]. Deren Diversität ist auf Unterschiede in den Einwanderungsgeschichten sowie Staatsbürgerschaftsmodellen der Länder zurückzuführen [41]. Systematische Arbeiten zum Vergleich dieser Ansätze liegen nicht vor [42]. In Deutschland wird seit den 1990er Jahren zur Verbesserung des Zugangs sowie der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen gefordert [43]. Diese Forderung resultierte aus einer Reflektion der bis dato vorherrschenden Haltung bzw. Praxis der Ausländerpädagogik, die von der Vorstellung hilfebedürftiger und defizitärer Zugewanderter bzw. deren Kindern sowie von Homogenität, einer Klientelisierung und ad hoc umgesetzter segregierender Spezialangebote geprägt war [28, 44, 45]. 2002 wurden für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich die Sonnenberger Leitlinien [46] entwickelt, denen das Konzept der interkulturellen Öffnung zugrunde liegt [47]. In der Suchthilfe wurde die Notwendigkeit zur interkulturellen Suchthilfe etwas früher deklariert [48]. Seit 2012 fordert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zu deren Umsetzung auf [17]. Mittlerweile ist die interkulturelle Öffnung politisch gewollt und anerkannt [49]. Für das Gesundheitswesen und den Pflegebereich wurde sie erstmals in der 18. Legislaturperiode 2013 in den Koalitionsvertrag aufgenommen<sup>2</sup> [2]. In Berlin sowie NRW wurde ein Integrationsgesetz<sup>3</sup> verabschiedet, das die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen im Geltungsbereich des Gesetzes verpflichtend macht. Juristischer Druck zur Implementierung einer interkulturellen Öffnung aufgrund dieser Landesgesetze ist zu erwarten [50]. Forderungen zur Aufnahme der interkulturellen Öffnung in Zertifizierungsverfahren der Qualitätssicherung sind zu vernehmen [51]. Vor dem Hintergrund des derzeitigen Flüchtlingszuzugs gewinnt das

---

<sup>2</sup>Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, S. 106

<sup>3</sup>Berliner „Gesetz zur Partizipation und Integration“ (PartIntG), „Gesetz zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration“ des Landes Nordrhein-Westfalen

Thema der interkulturellen Öffnung von psychosozialen Regelversorgungsangeboten, ungeachtet struktureller Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen [20], erneut an Relevanz und Aktualität.

Interkulturelle Öffnung zielt auf die Veränderung institutioneller Strukturen, Prozesse und Ergebnisse von Einrichtungen in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund ab [43-46]. Zugangsbarrieren sollen dadurch abgebaut werden. Einen konzeptionellen Grundstein der interkulturellen Öffnung legte die Dokumentation eines Kooperationsprojektes [43]. Schröer [52] stellte wesentliche Pfeiler des interkulturellen Öffnungsprozesses dar, wie interkulturelle Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung, wissenschaftsbasierte Standards für die Implementierung in die Praxis liegen jedoch nicht vor. Die Genese der in Form von Checklisten [52-54] zur Selbstüberprüfung von Einrichtungen formulierten Qualitätskriterien bleibt unklar. Eine Validierung dieser blieb bisher aus [42]. Es gab zudem nur wenige statistische Daten zum Stand der interkulturellen Öffnung im psychosozialen Versorgungsbereich [55]. Studien erfassten singuläre Aspekte der interkulturellen Öffnung, waren jedoch nicht auf deren Gesamterfassung ausgerichtet bzw. die entwickelten Erhebungsinstrumente wurden nicht validiert [z.B. 56-61]. Übereinstimmende Instrumente zur Erfassung des Stands der interkulturellen Öffnung in Deutschland lagen bisher nicht vor [62].

## **2. Zielsetzungen**

Die nachfolgend vorgestellten wissenschaftlichen Arbeiten zielten auf eine Untersuchung versorgungsrelevanter Aspekte der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung ab. Im Einzelnen beinhaltete dies

- a) die Entwicklung bzw. Validierung eines Erhebungsinstrumentes, das das Konzept der interkulturellen Öffnung auf institutioneller Ebene abbildet (Studie 1),
- b) die Erhebung von Daten zum Stand der interkulturellen Öffnung in psychosozialen Versorgungsangeboten im Berliner Bezirk Mitte (Studie 2),
- c) die Erhebung von Daten zur Inanspruchnahme von psychosozialen Einrichtungen (Studie 2) und Substitutionsbehandlungen (Studie 4) in Berlin sowie bundesweit stationären psychiatrischen Einrichtungen (Studie 3) durch Menschen mit Migrationshintergrund,

d) ein Vergleich von Inanspruchnehmenden mit und ohne Migrationshintergrund in bundesweit stationären psychiatrischen Einrichtungen (Studie 3) sowie der Substitutionsbehandlung in Berlin (Studie 4)

### 3. Methoden

#### • Studie 1

Im Rahmen des von der VolkswagenStiftung geförderten Forschungsprojektes „Seelische Gesundheit und Migration“ ([www.segemi.de](http://www.segemi.de)) wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt und überprüft [42]. Das Instrument bildet alle Variablen des Konzeptes der interkulturellen Öffnung auf institutioneller Ebene in der psychosozialen Versorgung einrichtungstypübergreifend ab und erfasst den Stand der interkulturellen Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten [42]. Anhand bereits vorliegender Checklisten [52-54] wurde ein vorläufiges Instrument entwickelt. Um die Vollständigkeit der Themengebiete bzw. Items der interkulturellen Öffnung zu überprüfen und das Instrument zu komprimieren, wurde von Oktober 2010 bis Februar 2011 ein webbasierter, zwei Runden umfassender konsensorientierter Delphi-Prozess [63] mit 12 Expertinnen und Experten durchgeführt. Diese wurden nach dem Kriterium ihrer wissenschaftlichen und/oder praktischen Expertise im Bereich Migrationsforschung, Verbesserung des Zugangs von Menschen mit Migrationshintergrund zur Gesundheitsversorgung sowie interkulturellen Öffnung ausgewählt. Ein Delphi-Prozess dient der Erhebung bzw. Steuerung von Gruppen-, insbesondere Expertenmeinungen mit z.B. dem Ziel einer Konsensbildung [63-65]. Er besteht aus mindestens zwei Befragungsrunden. Wichtig dabei ist eine anonymisierte Bekanntmachung der Ergebnisse der ersten Befragungsrunde an die Teilnehmenden in der zweiten sowie in darauffolgenden Erhebungsrunden [64, 65]. Alle Teilnehmenden wurden im Rahmen des Delphi-Prozesses gebeten, anhand von drei Fragen das vorläufige Erhebungsinstrument zu beurteilen [42]. Die erste Frage zielte auf die standardisierte Bewertung der Bedeutung jedes Items in seiner Relevanz für die interkulturelle Öffnung ab. Die anderen Fragen waren offen und fokussierten auf Kommentare und Verbesserungsvorschläge. Alle Items, die in einer der beiden Delphi-Runden von *allen* Expertinnen und Experten als (sehr) wichtig eingestuft wurden, wurden final im Instrument beibehalten [42]. Um die Anwendbarkeit des Instrumentes in unterschiedlichen Einrichtungstypen der psychosozialen Versorgung (Studie 2) zu prüfen, fehlende Antwortkategorien zu ergänzen und Missverständnisse aufzudecken,

wurde anschließend eine Pilotstudie durchgeführt: 17 Repräsentanten von 15 verschiedenen Einrichtungstypen wurden befragt und dabei Interviewprotokolle erstellt. Deren Analyse war die Grundlage für die abschließende Überarbeitung des Erhebungsinstrumentes [42].

## • Studie 2

Die zweite Studie resultiert ebenso aus dem Forschungsprojekt „Seelische Gesundheit und Migration“. Mittels des in Studie 1 entwickelten und überprüften Erhebungsinstrumentes IKÖ\_P1 [42] wurde der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung des Berliner Bezirkes Mitte erhoben [66]. Berlin Mitte hat mit 44,8% im Jahr 2010 den höchsten Bevölkerungsanteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin [67]. Alle Einrichtungen, die in Berlin Mitte lokalisiert sind oder für Einwohner dieses Bezirkes die Versorgungspflicht haben [68], wurden eingeschlossen. Diese sollten a) der (gemeinde-) psychiatrischen Versorgung oder der Suchthilfe zugehörig sein oder b) mindestens einen Psychologen in dieser Funktion beschäftigen oder c) über mehr als 50% Inanspruchnehmende mit einer psychischen Krise im letzten Jahr versorgt haben [66]. Niedergelassene Psychiater sowie Psychotherapeuten und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder mit somatischem Schwerpunkt wurden nicht berücksichtigt. 138 Einrichtungen wurden identifiziert. Deren Einrichtungsleitungen wurden schriftlich um Teilnahme gebeten. Von Juli 2011 bis März 2013 wurden 127 face-to-face Interviews [69] mit Repräsentanten von Einrichtungen mittels des IKÖ\_P1 [42] durchgeführt. Die Interviews wurden zusätzlich protokolliert. 25 verschiedene Einrichtungstypen<sup>4</sup> waren in der erhobenen Stichprobe vertreten. Die Rücklaufquote lag bei 92%. Zur Analyse und Darstellung des Standes der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung von Berlin Mitte wurden deskriptive Statistiken genutzt und mit SPSS, Statistische Software Version 20 erstellt [66].

## • Studie 3

Studie 3 basiert auf Daten einer bundesweiten Stichtagerhebung aller auf Leitungsebene in der Bundesdirektorenkonferenz sowie im Verband der Abteilungspsychiatrien organisierten 350 Psychiatrischen Kliniken in Deutschland [70-72]. Die Studie wurde durch den AK „Psychiatrie

---

<sup>4</sup>Kontakt- und Begegnungsstätte; Kontaktladen; ambulant klinisch, teilstationär klinisch, stationär klinisch; Betreutes Einzelwohnen; Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle; Therapeutische Wohngemeinschaft; Übergangswohnheim; Wohnstätte; Wohnverbund; Beratungsstelle; Tagesstätte; Zuverdienstprojekt; Werkstatt; Krisen- bzw. Zufluchtswohnen; Sozialpsychiatrischer Dienst; Berliner Krisendienst; Psychiatrische Pflege; Soziotherapie; Kunsttherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie; Integrationsfachdienst; Berufliches Trainingszentrum [66]



und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz konzipiert und durchgeführt. Als Stichtag wurde der 19.07.2006, der Tag der Stichtagerhebung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych PV), ausgewählt. Ziel war die Erfassung der Inanspruchnahme von stationär klinisch psychiatrischen Einrichtungen durch Personen mit Migrationshintergrund. Zum Einsatz kam ein Stations- und Patientenfragebogen [70]. Beide Fragebögen waren von der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz erstellt und überprüft worden [73]. Der Stationsfragebogen beinhaltete Fragen zur Station, wie z.B. Anzahl der Behandlungsplätze, Anzahl der aktuellen Patienten ohne und mit Migrationshintergrund, der Patientenfragebogen enthielt Fragen zu den einzelnen am Stichtag aufgenommenen Patienten, wie ICD-10 Aufnahmediagnose, zum Migrationshintergrund, zur Migrationsgeschichte, zum Aufenthaltsstatus sowie zur zuhause gesprochenen Hauptsprache, zu sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten bei Diagnosestellung und Behandlung aus Sicht der Professionellen [70]. Beide Fragebögen waren durch das Personal auszufüllen. Als Personen mit Migrationshintergrund wurden jene der ersten und zweiten Migrantengeneration<sup>5</sup> definiert. Alle statistischen Berechnungen wurden mit Hilfe von SPSS 12.0 durchgeführt. Neben deskriptiven Analysen wurden Gruppenunterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund bei Normalverteilung mit Hilfe des Student t-test berechnet. Korrelationen zwischen einem Migrationshintergrund und sprachlichen Verständigungsproblemen wurden anhand einer punktbiserialen Korrelation überprüft [70]. Von 350 eingeschlossenen Kliniken nahmen 131 Kliniken (37,4%) teil. Es wurden 898 Stationsfragebögen zurück geschickt. 324 dieser Stationen hatten mindestens eine Patientenaufnahme am Stichtag. Von diesen wurden 601 Patientenbögen ausgefüllt [70].

#### • Studie 4

Im Rahmen einer vierten Studie wurde die Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen durch Heroinabhängige mit Migrationshintergrund überprüft und mit Inanspruchnehmenden ohne Migrationshintergrund verglichen. Die Daten resultierten aus einer Erhebung von Substituierten mit der Diagnose einer Opioidabhängigkeit gemäß der ICD-10-Kriterien in psychiatrischen Kliniken und Praxen mit Lizenz zur Opioidsubstitution in Berlin [74-77]. Eingeschlossen wurden alle 20 psychiatrischen Kliniken und 110 Praxen, die dies in Berlin anbieten. Zehn Kliniken und 47 Praxen nahmen an der Studie teil. Mittels eines

---

<sup>5</sup> selbst Eingewanderte sowie Kinder von mindestens einem eingewanderten Elternteil.

deutschsprachigen Patientenfragebogens wurden von Mai bis Oktober 2011 u.a. sozioökonomische Parameter, der Gesundheitsstatus, Charakteristika der Abhängigkeitserkrankung und die subjektive Bewertung der Therapie erhoben [77]. Die Fragebögen wurden durch Patienten pseudonymisiert ausgefüllt. Einschlusskriterium war eine aktuelle Substitutionsbehandlung. Als Migrationshintergrund wurde ein nichtdeutsches Herkunftsland der Befragten bzw. mindestens eines Elternteils definiert (erste und zweite Migrantengeneration). 19,6% (n=986) aller laut Kassenärztlichen Vereinigung sich in Berlin in Substitutionsbehandlung befindenden Personen nahmen teil. 30 Substituierte machten keine Angaben zum Herkunftsland der eigenen Person oder der Eltern, weshalb 956 Personen in die Analyse einbezogen wurden. Zur Datenanalyse wurde SPSS 22.0 verwendet. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik. In Bezug auf nominalskalierte Variablen wurden Gruppenunterschiede anhand eines chi Quadrat-Tests überprüft. Bei metrisch stetigen Variablen wurden diese nach Prüfung auf Normalverteilung anhand eines t-Tests berechnet [77].

#### **4. Ergebnisse**

##### **• Studie 1**

Es wurde das Erhebungsinstrument IKÖ\_P1 entwickelt [42]. Alle im Vorfeld mit Hilfe bereits vorliegender Checklisten zusammengestellten 17 Themenfelder<sup>6</sup> (Schritt 1) wurden von den am Delphi-Prozess teilnehmenden Expertinnen und Experten bestätigt (Schritt 2) (s. Tab. 1). Lediglich vereinzelte, untergeordnete Items wurden im Rahmen des Delphi-Prozesses (Schritt 2) aus dem Erhebungsinstrument entfernt [42]. Die Piloterhebung (Schritt 3) bestätigte die Anwendbarkeit des Instrumentes in der Praxis. Einzelne Fragen wurden um zusätzliche Antwortkategorien erweitert. Die Pilotstudie lieferte wichtige Informationen zur Verbesserung der Datenerhebung. So lagen z.B. einigen Befragten keine Zahlen zu Inanspruchnehmenden oder Beschäftigten mit und ohne Migrationshintergrund vor. Es wurde entschieden, den Befragten bereits vor der Befragung alle Fragen zu konkreten Zahlen zur Verfügung zu stellen. Dies sollte zur Vorbereitung dienen, um den Rücklauf zu diesen Fragen zu erhöhen [42].

---

<sup>6</sup>davon drei allgemein, nicht spezifisch auf interkulturelle Öffnung bezogene Themenfelder: Angaben zur Institution, erreichte Ziele und Ausblick

**Tab. 1. Themen der interkulturellen Öffnung des Erhebungsinstrumentes [42, 66]**

<b>1. Einrichtungsmerkmale</b>
<b>2. Verankerung der interkulturellen Öffnung/ interkulturellen Kompetenz von Mitarbeitenden in Konzeption bzw. Leitbild</b>
<b>3. Berücksichtigung von Bewerbenden mit Migrationshintergrund in Stellenausschreibungen und Einstellungspraxis</b>
<b>4. Mitarbeiterschaft mit Migrationshintergrund</b>
<b>5. Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund</b>
<b>6. Migrantenspezifische Nachsorgekonzepte</b>
<b>7. Migrantenspezifische Angebote im Einrichtungsablauf</b>
<b>8. Migrantenspezifische Ausstattung und Angebote</b>
<b>9. Sprachliche Verständigung</b>
<b>10. Fortbildungen, interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Teamarbeit</b>
<b>11. Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund in Bedarfserhebung und –planung</b>
<b>12. Migrantenspezifische Informationsmaterialien und –wege</b>
<b>13. Empowerment/Partizipation (Unterstützung beim Aufbau von und Vermittlung zu Selbsthilfegruppen von Menschen mit Migrationshintergrund, Klienten-/Patientenfürsprecher etc.)</b>
<b>14. Kooperationen mit migrantenspezifischen Einrichtungen</b>
<b>15. Interkulturelle Öffnung als Leitungsaufgabe</b>
<b>16. Erreichte Ziele</b>
<b>17. Ausblick</b>

## • Studie 2

Im Rahmen von Studie 2 wurde die Implementierung der Aspekte der interkulturellen Öffnung auf institutioneller Ebene in psychosozialen Einrichtungen von Berlin Mitte untersucht. Aufgrund des begrenzten Rahmens der vorgelegten Arbeit kann hier nur auf ausgewählte Ergebnisse einiger der Themengebiete der interkulturelle Öffnung (s. Tab. 1) eingegangen werden. Teils fehlende Daten führen zu den Darstellungen zugrundeliegenden unterschiedlich hohen absoluten Bezugsgrößen, weshalb sie jeweils aufgeführt werden [66].

Unter allen 127 untersuchten Einrichtungen fanden sich 11 (8,7%) migrantenspezifische Einrichtungen, die lediglich (Untergruppen von) Menschen mit Migrationshintergrund als Zielgruppe ansprechen, wie z.B. eine Beratungsstelle für Frauen aus Südostasien [66].

In jeder zweiten (47,8%, n=44) aller erfassten Einrichtungen war das Ziel der interkulturellen Öffnung in deren Leitbild/Konzeption festgelegt. In 37,6% der Einrichtungen (n=47 von n=125) wurde die interkulturelle Öffnung immer von der Einrichtungsleitung lanciert. Ein Integrationsbeauftragter war in einer Einrichtung, ein für die interkulturelle Öffnung Verantwortlicher in 17 Angeboten (13,4% von n=127) benannt [66]. Die Leitungsperson hatte in 13,4% (n=17 von n=127) der Einrichtungen einen Migrationshintergrund<sup>7</sup>. Ähnlich fiel der Prozentanteil der Angestellten mit Migrationshintergrund unter angestellten Personen (13,1%)

<sup>7</sup>Mitarbeitende sowie Inanspruchnehmende mit Migrationshintergrund wurden gemäß der Definition des deutschen Mikrozensus (erste, zweite, teils dritte Generation) erfragt [5]

bzw. verfügbaren Stellen (13,6%) aus. Bemessen am Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin (25,7%) bzw. Berlin Mitte (44,8%) [67] waren diese also unterrepräsentiert [66]. Unter allen festangestellten Personen hatten 9,6% nichtdeutsche Muttersprachkompetenzen. Anstrengungen, dieser Unterrepräsentation mit Hilfe von an Personen mit Migrationshintergrund gerichtete Aufforderungen zur Bewerbung in Stellenangeboten entgegen zu wirken, wurden von einem Viertel (23,9 %, n= 21) der Einrichtungen mit einer offenen Stelle in den letzten vier Jahren (n=88) regelhaft unternommen [66].

Während das Angebot religionsspezifischer Speisen sowie die Möglichkeit zur genderspezifischen Versorgung mehrheitlich Berücksichtigung fand (91%, n=61 von n=67 bzw. 88,3%, n=106 von n=120), war eine mehrsprachige Beschriftung vor oder in der Einrichtung selten (15%, n=15 von n=100). Nichtdeutschsprachige Medien lagen in 12,5% (n=9) der 72 Einrichtungen mit Warte- bzw. Aufenthaltsbereich aus [66]. In 38,6% der 127 Einrichtungen kam keine der insgesamt sieben Strategien migrantenspezifischer Öffentlichkeitsarbeit zum Einsatz [66]. 33,1% der Einrichtungen (n=40 von n=121) hatten 75-100% der migrantenspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen implementiert. Demnach wurden z.B. in Fallbesprechungen aller 127 Einrichtungen Patienten/Klienten mit Migrationshintergrund immer berücksichtigt. In 65% (n=71 von n=109) der Einrichtungen, in denen Supervision Standard war, wurde dabei der Umgang mit diesen immer thematisieren [66].

In den 127 untersuchten Einrichtungen hatten Schätzungen der Befragten zufolge durchschnittlich 12,9% aller Inanspruchnehmenden mit Migrationshintergrund keine für die Versorgung ausreichende Deutschkompetenz. In den 11 migrantenspezifischen Einrichtungen belief sich deren Anteil auf 61,4%, in den 116 nicht migrantenspezifischen Einrichtungen auf 8,3% [66]. In der Mehrzahl aller Einrichtungen, die diese Personen versorgten (66,2%, n=45 von n=68), wurden professionell Dolmetschende nie oder nicht immer bei Bedarf eingesetzt. Auch in klinisch psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen, in denen eine sprachliche Verständigung für eine angemessene therapeutische Versorgung unausweichlich ist [78-80], war dies nur bei vier von 22 Angeboten der Fall [66].

Für die Analyse der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund wurden migrantenspezifische Einrichtungen im Sinne von Sondereinrichtungen für diese Bevölkerungsgruppe (n=11) ausgeschlossen. Diese zielen nur auf Menschen mit Migrationshintergrund ab und würden daher die Daten zur Inanspruchnahme der Regelversorgung verzerren [66]. In den 116 nicht migrantenspezifischen Einrichtungen zeigte

sich eine Schwierigkeit, die Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund zu erfassen. Zwei Drittel dieser Einrichtungen (66,4%, n=77) hatten Daten zur Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund vorliegen. Diese waren allerdings nicht einheitlich standardisiert erfasst. Sie beruhten auf 13 verschiedenen Definitionen des Migrationshintergrunds, die im Rahmen der Datenanalyse drei Kategorien zugewiesen werden konnten [66]. 17,1% der Inanspruchnehmenden von Einrichtungen, die für alle Bewohner von Berlin zuständig sind (n=9), hatten keine deutsche Staatsangehörigkeit, während sich deren Anteil in Einrichtungen, die nur Bewohnern des Bezirks Berlin Mitte offen stehen (n=3), auf 27,6% belief. Im Vergleich zu deren Bevölkerungsanteil von 13,1% in Berlin bzw. 27% in Berlin Mitte [81] zeichnete sich eine angemessene, teils sogar leicht erhöhte Inanspruchnahme ab. 11 Einrichtungen dokumentierten nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung: bei berlinweiter Versorgung (n=4) machten diese 13,9% des Klientels aus, bei Versorgung von Bewohnern von Berlin Mitte (n=7) 33,3%. Vergleichszahlen liegen nicht vor [66]. Wenn in Einrichtungen Inanspruchnehmende mit Migrationshintergrund nach der Definition des Mikrozensus [5] erfasst wurden, stellte sich eine Unterrepräsentation dar [66]. In für Bewohner von Berlin zuständigen Einrichtungen (n=19) machten diese 18,2% bei einem Bevölkerungsanteil von 25,7% in Berlin [81] aus, in Einrichtungen für Einwohner von Berlin Mitte (n=35) 23,7% bei einem Anteil von 44,8% in der Bevölkerung [81].

Unsere qualitative Daten deuten darauf hin, dass die Definition des Migrationshintergrunds gemäß des deutschen Mikrozensus [5] aufgrund ihrer Komplexität und Unkenntnis bei der Dokumentation durch Mitarbeitende trotz formaler Angabe häufig keine Anwendung findet [66]. Intern vereinbarte pragmatische Definitionen scheinen stattdessen als Grundlage verwendet zu werden. Die explizite Frage nach einem Migrationshintergrund wird teilweise von Mitarbeitenden im Behandlungsalltag als problematisch im Sinne von diskriminierend, stereotypisierend oder unempathisch empfunden [66], worauf auch andere Studien hinwiesen [56]. Um diese zu umgehen, wird teils auf vermeintlich sichtbare oder hörbare Kriterien eines potentiellen Migrationshintergrundes zurückgegriffen, anstatt diesen standardisiert zu erfassen [66].

### • Studie 3

Ziel der Studie war eine Stichtagerhebung der Inanspruchnahme stationär psychiatrischer Einrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund sowie ein Vergleich zwischen Inanspruchnehmenden mit und ohne Migrationshintergrund. Laut ausgefüllter

Stationsfragebögen hatten am Stichtag 17% der sich *in den befragten psychiatrischen Stationen befindenden Patienten* einen Migrationshintergrund (erste und zweite Generation) [70], was geringfügig unterhalb des damaligen Bevölkerungsanteils in Deutschland (18,6%) [82] lag. Aufgrund der Nichtberücksichtigung von Personen der dritten Migrantengeneration in unserer Studie, die jedoch in den Vergleichsdaten des deutschen Mikrozensus [5] teils eingeschlossen sind, deutet diese Zahl auf eine mindestens dem Bevölkerungsanteil entsprechende Inanspruchnahme. Gemäß der individuellen Patientenfragebögen zu *am Stichtag aufgenommenen Patienten* belief sich deren Anteil auf 37,4% (n=225 von n=601), was einer Überrepräsentation entspricht [70]. Diese Diskrepanz zwischen dem Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an sich zum Befragungszeitpunkt in stationär psychiatrischer Behandlung befindenden Patienten (Stationsfragebogen) von 17,1% und deren Anteil an Patientenaufnahmen am Stichtag (Patientenfragebogen) von 37,4% ist auffällig. Ein selektives Bevorzugen von am Stichtag aufgenommenen Patienten mit Migrationshintergrund beim Ausfüllen von Patientenfragebögen könnte ursächlich sein. Der überrepräsentierte Anteil unter den am Stichtag aufgenommenen Patienten wurde daher als nicht repräsentativ beurteilt [70].

Anhand der durch die Patientenfragebögen gewonnenen Daten wird deutlich, dass unter den Patienten mit Migrationshintergrund jene, die selbst migriert sind, überdurchschnittlich häufig (79,1%, n=178 von n=225) vertreten waren. Von diesen (n=178) sind die meisten (19,3%, n=116) in Osteuropa und der früheren Sowjetunion geboren, gefolgt von der Türkei mit 4,7% (n=28). Patienten mit Migrationshintergrund waren durchschnittlich 4.4 Jahre jünger als jene ohne Migrationshintergrund ( $t=-3.17$ ,  $df=618$ ,  $P<0.01$ ) [70]. Es lagen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Familienstand sowie Bildungshintergrund vor [70]. Patienten mit Migrationshintergrund hatten signifikant häufiger eine F2 Aufnahmediagnose (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung) gemäß dem ICD-10 im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund ( $\chi^2=10.73$ ,  $df=1$ ,  $P=0.001$ ). Hinsichtlich anderer Diagnosegruppen lag kein signifikanter Unterschied vor. Dass die befragten Stationsteams bei Patienten mit Migrationshintergrund mit F2-Aufnahmediagnose signifikant größere Verständigungsprobleme einschätzten (MW=1.08, s=0.17) als bei jenen mit einer anderen Diagnose (MW=1.05; s=0.13), könnte für die signifikant ungleiche Diagnosen-Verteilung mitverantwortlich sein [70].

#### • Studie 4

Menschen mit Migrationshintergrund (erste und zweite Generation) machten unter den befragten Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlung in Berlin 21,3% (n=204 von n=956) aus.

Verglichen mit dem Berliner Bevölkerungsanteil (25,7%) [81] fiel die Inanspruchnahme etwas geringer aus, was mit dem Ausschluss von nichtdeutschsprachigen Menschen sowie Personen der dritten Migrantengeneration aus unserer Erhebung zusammen hängen kann [77]. Es ist daher von einer zumindest dem Bevölkerungsanteil entsprechenden Inanspruchnahme auszugehen. Die meisten waren selbst migriert (n=124, 60,8%) [77]. Zu 99 Substituierten mit Migrationshintergrund lagen Angaben zum Herkunftsland vor. Das Häufigste war Russland (n=24, 22,9%), gefolgt von der Türkei (n=13, 12,4%). Männer mit Migrationshintergrund machten 21,8% unter allen Männern, Frauen 19,1% von allen Frauen aus [77]. Substituierte mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden sich statistisch nicht in Bezug auf Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit, Bildungshintergrund, Haftaufenthalte in der Vergangenheit und Infektionserkrankungen [77]. Allerdings waren Substituierte mit Migrationshintergrund durchschnittlich 5,5 Jahre kürzer in Substitutionsbehandlung als jene ohne Migrationshintergrund (7,7 Jahre;  $p < 0,001$ ) [77]. Sie unterschieden sich nicht hinsichtlich der Dauer der Opioidabhängigkeit, Anzahl der Entgiftungen und Langzeitentwöhnungen sowie des Beikonsums. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bei der Bewertung der Substitutionsbehandlung hinsichtlich einer gesundheitlichen und psychischen Verbesserung, einer Verringerung der Beschaffungskriminalität, einer Möglichkeit zur Berufstätigkeit, einer nochmaligen Entscheidung für eine Substitution sowie des Wunsches nach langfristiger Beendigung der Substitution. Lediglich der Wunsch nach Beendigung der Substitution zum Befragungszeitpunkt war bei Substituierten mit Migrationshintergrund (3,3) signifikant stärker als bei jenen ohne Migrationshintergrund (2,7;  $p < 0,001$ ) [77]. Die zeitliche Begrenzung einer Substitution wurde von Substituierten mit Migrationshintergrund häufiger als sinnvoll erachtet (2,4) im Vergleich zur Gruppe der Menschen ohne Migrationshintergrund (1,9;  $p = 0,004$ ) [77].

## **5. Diskussion**

Trotz jahrelanger Forderung zur Implementierung der interkulturellen Öffnung in Versorgungseinrichtungen lagen bisher keine validierten Erkenntnisse hinsichtlich der dabei zu berücksichtigenden und implementierenden Aspekte vor. Anhand eines auf Experten und Expertinnen basierenden Delphi-Prozesses und einer Piloterhebung entwickelten und überprüften wir erstmals in Deutschland ein Erhebungsinstrument, das die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Einrichtungen operationalisiert und Kriterien dieser umfassend darstellt [42]. Es hat sich gezeigt, dass das Instrument sehr gut anwendbar ist [42, 66]. Unter Einsatz dessen ist es uns gelungen, erstmals die interkulturelle Öffnung von psychosozialen

Versorgungseinrichtungen umfassend zu erheben. Dadurch wurden wichtige Erkenntnisse einer bisher nur partiell gelungenen Umsetzung der interkulturellen Öffnung auf institutioneller Ebene deutlich [66]. Drei der vorgestellten Studien [66, 70, 77] liefern darüber hinaus differenzierte Daten zur Inanspruchnahme von Einrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Der Bezug zum Bevölkerungsanteil gilt als ein wesentliches Kriterium der interkulturellen Öffnung [66].

### **Der Stand der interkulturellen Öffnung auf institutioneller Ebene**

Es zeigte sich, dass die interkulturelle Öffnung in der psychosozialen Versorgung von Berlin Mitte auf institutioneller Ebene bisher überwiegend nicht implementiert ist [66]. Die Berücksichtigung des Ziels der interkulturellen Öffnung in der Konzeption bzw. dem Leitbild in jeder zweiten Einrichtung macht allerdings eine partielle Wahrnehmung der Bedeutung dieser Thematik deutlich [66, 83]. Dass die interkulturelle Öffnung ein „Modebegriff“ [84] geworden ist, könnte hierfür verantwortlich sein. Jenseits von Absichtserklärungen finden tatsächliche Maßnahmen in der Versorgungspraxis verhältnismäßig wenig Umsetzung [66]. Während die migrantenspezifische Ausrichtung bereits bestehender Angebote bzw. Aspekten häufiger umgesetzt war, wie z.B. die Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte in Fallbesprechungen oder die Möglichkeit einer genderspezifischen Versorgung, waren neu zu implementierende Standards der interkulturellen Öffnung oft vernachlässigt [66]. So war die Forderung nach der Etablierung eines Integrationsbeauftragten [17, 49] lediglich in einer von 127 untersuchten psychosozialen Einrichtungen angekommen [66]. In von Koch et al. [83] erhobenen psychiatrischen Kliniken war dies bei einem Drittel der Fall. Migrantenspezifische Strategien der Öffentlichkeitsarbeit sowie Ausstattungs- und Angebotsmerkmale waren mehrheitlich in unserer Studie nicht umgesetzt, die Umsetzung der interkulturellen Öffnung auf Beschäftigenebene war ebenso wenig gewährleistet [66]. Es zeigte sich in unseren Daten eine Unterrepräsentation von Festangestellten mit Migrationshintergrund/ nichtdeutschen Muttersprachen. Dies war auch auf Leitungsebene der Fall [66]. Andere Erhebungen aus Deutschland [59, 60] sowie Europa [85] konnten damit bestätigt werden, während in der sozialpsychiatrischen Versorgung der Region Hannover keine Unterrepräsentation dieser vorzuliegen scheint [56].

Die Dokumentation von Inanspruchnehmenden mit Migrationshintergrund stellt ein weiteres wichtiges Kriterium der interkulturellen Öffnung dar [42]. Sie wurde von zwei Dritteln der Einrichtungen umgesetzt [66], was im europäischen Vergleich [85] und im Vergleich mit



psychiatrischen Kliniken [83] als hoch zu bewerten ist. Allerdings zeigen unsere Ergebnisse, dass dabei keine einheitliche einrichtungsübergreifende Definition des Migrationshintergrunds, die für weitere Vergleiche zielführend wäre, genutzt wird [66].

Der Einsatz von professionell Dolmetschenden ist kein flächendeckender Standard [66], obwohl dieser in Europa als ein Kriterium guter Praxis bezüglich der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund betrachtet wird [86]. Der von uns beobachtete, nicht flächendeckend standardisierte Einbezug von professionell Dolmetschenden stimmt mit Ergebnissen anderer Studien [56, 85, 87] überein. Die fehlende Kostenübernahmeregelung in Deutschland könnte hierauf Einfluss haben [79, 85]. Dass deren seltener Einbezug trotz Bedarfes [83, 88] Konsequenzen für die Behandlung von Menschen mit unzureichenden Deutschkompetenzen hat, macht die aufgezeigte häufigere F2-Aufnahmediagnose von Menschen mit Migrationshintergrund in stationär psychiatrischen Einrichtungen deutlich, die auf größere sprachliche Verständigungsschwierigkeiten dieser Patienten zurückzuführen sein kann [70]. Richtlinien bzw. Abkommen der EU fordern einen Abbau sprachlicher Zugangsbarrieren zu Einrichtungen [89], die vorgestellten Ergebnisse machen jedoch deutlich, dass dies im psychosozialen Bereich bisher nicht gewährleistet ist [66].

### **Der Stand der interkulturellen Öffnung auf Ebene der Inanspruchnahme**

In drei der vorgestellten Studien [66, 70, 77] wurde die Inanspruchnahme von Einrichtungen durch Menschen mit Migrationshintergrund erfasst und überprüft, die ein wesentliches Kriterium der interkulturellen Öffnung darstellt und im Erhebungsinstrument IKÖ\_P1 [42] abgebildet ist. Dabei zeigte sich, dass einzelne Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend, teils sogar häufiger Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, während andere bei der Inanspruchnahme unterrepräsentiert sind.

### Hinweise auf eine dem Bevölkerungsanteil entsprechende Inanspruchnahme von Einrichtungen

Zwei unserer Studien zeigen auf, *dass Menschen mit Migrationshintergrund, definiert als erste und zweite Generation*, die untersuchten stationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland [70] sowie Substitutionsbehandlungen in Berlin [77] ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend nutzen. Dies bestätigt aktuelle Daten zur Inanspruchnahme von Psychiatrischen Institutsambulanzen [90], die sogar eine Überrepräsentation aufzeigen, sowie von Drogenkonsumräumen [91] durch diese Bevölkerungsgruppe. Unsere Daten zeigen außerdem keinen Unterschied bezüglich der Anzahl von Entgiftungen *vor* der Substitutionsbehandlung, die

im stationär psychiatrischen Kontext stattfinden, zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund [77]. Dies weist ebenso auf eine dem Bevölkerungsanteil entsprechende Inanspruchnahme stationär psychiatrischer Einrichtungen durch Personen mit Migrationshintergrund der ersten und zweiten Generation hin.

Wird in Studien auf eine, zwar abnehmende [92], Unterrepräsentation dieser Bevölkerungsgruppe in medizinischen Rehabilitationskliniken aufmerksam gemacht [93, 94], liegt unseren Ergebnissen zufolge kein Unterschied bei der Anzahl vorangegangener Langzeitentwöhnungen zwischen Substituierten mit und ohne Migrationshintergrund vor [77].

Trotz dargestellter angemessener Inanspruchnahme sind Menschen mit Migrationshintergrund der ersten und zweiten Generation Zugangsbarrieren zur Substitutionsbehandlung ausgesetzt, die deren Inanspruchnahme verzögern. So lag zwar gemäß unserer Daten kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Dauer der Opioidabhängigkeit zwischen Personen ohne und mit Migrationshintergrund vor, letztere waren jedoch signifikant kürzer in Substitutionsbehandlung [77]. Demzufolge beginnen sie im Vergleich zu Substituierten ohne Migrationshintergrund später mit einer Substitution. Dies stützt vergleichbare Beobachtungen hinsichtlich einer späteren Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit Migrationshintergrund [73, 95].

Auch *nichtdeutsche Staatsangehörige* waren laut unserer Ergebnisse in psychosozialen Angeboten in Berlin Mitte ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend, teils sogar höher, als Inanspruchnehmende vertreten [66]. Ähnliche Beobachtungen liegen gemäß der Deutschen Suchthilfestatistik hinsichtlich der Inanspruchnahme von ambulanten Suchthilfeangeboten durch diese Gruppe vor [96]. Auch Ergebnisse von Bermejo et al. [97], die sich jedoch auf Nichtdeutsche *und* Personen der ersten Migrantengeneration beziehen, weisen auf deren dem Bevölkerungsanteil entsprechende Inanspruchnahme von allgemeinen Gesundheitsangeboten in Deutschland hin.

#### Hinweise auf eine im Vergleich zum Bevölkerungsanteil *höhere* Inanspruchnahme von Einrichtungen

In Bezug auf *Angehörige der ersten Migrantengeneration* fand sich in stationären psychiatrischen Einrichtungen anhand unserer Daten eine im Vergleich zum Bevölkerungsanteil höhere Inanspruchnahme [70]. Bei einem Anteil von zwei Dritteln [5] unter allen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland machten diese 79,1% aus. Dies kann auf eine höhere Prävalenz psychischer Störungen bei manchen Gruppen der ersten Migrantengeneration [13, 16,

20, 98, 99], genauso wie auf eine aus Zugangsbarrieren [20] resultierende geringere Inanspruchnahme von vor-stationären Angeboten [59, 60] zurückzuführen sein. Ein überproportional hoher Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund bei stationär psychiatrischen Zwangsbehandlungen [29-30, 100] sowie in Rettungsstellen [101] bekräftigen letzteres.

*Menschen mit russischem Migrationshintergrund der ersten und zweiten Generation* waren mit 22,9% unter allen Substituierten mit Migrationshintergrund [77] im Vergleich zum Bevölkerungsanteil von 4,9% [67] unseren Daten nach überdurchschnittlich in einer Substitutionsbehandlung in Berlin [77]. Dies kann ein Indiz für eine häufigere Opioidabhängigkeit innerhalb dieser Gruppe sein, wie sie bezüglich drogenabhängiger (junger männlicher) Aussiedler berichtet wird [102, 103].

#### Hinweise auf eine im Vergleich zum Bevölkerungsanteil unterrepräsentierte Inanspruchnahme

Neben einer dem Bevölkerungsanteil entsprechenden oder höheren Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zeigen unsere Daten auch eine Unterrepräsentation einzelner Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund in manchen Versorgungsbereichen auf. So waren *Angehörige der ersten Migrantengeneration* mit einem Anteil von 60,8% unter allen Substituierten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deren Bevölkerungsanteil (66%) [67] etwas unterrepräsentiert [77]. Eine Studie von Dill et al. [104] weist auf eine niedrigere Drogenproblematik bei Jugendlichen der ersten im Vergleich zur zweiten Migrantengeneration hin, die dieses Ergebnis zumindest partiell erklären kann.

Auch *Menschen mit türkischem Migrationshintergrund der ersten und zweiten Generation* waren gemäß unserer Daten mit 12,4% [77] im Vergleich zu deren Bevölkerungsanteil von 19,1% [67] in Substitutionsbehandlungen in Berlin unterrepräsentiert. Sie sind entweder seltener von einer Drogenabhängigkeit betroffen oder vermehrt Zugangsbarrieren ausgesetzt, für letztere Annahme sprechen unabhängige Voruntersuchungen [31, 33, 34].

Hinsichtlich *Menschen mit für die Versorgung unzureichenden Deutschkompetenzen* liegen Zugangsbarrieren zu psychosozialen Versorgungsangeboten vor. Unsere Ergebnisse weisen auf eine deutliche Unterrepräsentation dieser Gruppe hin [66]. Während circa 25% aller Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland ihre deutsche Sprachkompetenz als ungenügend

einschätzen [89], lag deren durch die befragten Repräsentanten geschätzter Anteil in psychosozialen Einrichtungen bei 12,9% [66].

Ebenso sind *Menschen mit Migrationshintergrund nach der Definition des deutschen Mikrozensus* [5], die umfassende Kriterien für den Migrationshintergrund abbildet und damit mehr Menschen erfasst, unseren Ergebnissen nach in der psychosozialen Versorgung von Berlin Mitte unterrepräsentiert [66]. Dies stimmt mit Ergebnissen zur sozialpsychiatrischen Versorgung in der Region Hannover [56] überein. Ein unterrepräsentiertes Bild zeichnet sich genauso in ambulanten (15,5%) sowie stationären Suchthilfeangeboten (11,3%) in Deutschland im Vergleich zu deren Bevölkerungsanteil (20,5%) [5] ab [96].

#### Grenzen der Abbildung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund

Dass Menschen mit Migrationshintergrund gemäß der Definition des deutschen Mikrozensus [5] laut unseren Ergebnissen in psychosozialen Einrichtungen unterrepräsentiert sind [66], könnte neben einer tatsächlichen Unterrepräsentation auch mit der Erhebungsmethode der Inanspruchnahmedaten zusammen hängen. Diese wurden anhand von Angaben durch die Befragten erfasst, die auf Dokumentationen von allen Mitarbeitenden beruhen. Unsere qualitativen Daten deuten daraufhin, dass diesen, entgegen der formalen Angabe der Befragten, teils nicht die Definition des Migrationshintergrunds gemäß des deutschen Mikrozensus<sup>8</sup> zugrundeliegen [5], sondern intern pragmatischere Definitionen zur Anwendung kommen. Auch findet häufig keine standardisierte Erfassung von Inanspruchnehmenden mit Migrationshintergrund in der Versorgungspraxis statt [66]. Einige eigentlich dieser „Bevölkerungsgruppe“ zugehörige Personen fließen demnach nicht in Dokumentationen bzw. Daten ein. Dass häufig keine Daten zur Inanspruchnahme dieser Bevölkerungsgruppe in Einrichtungen erhoben werden [40, 56, 66, 83, 85] und Studienergebnisse teils auf Schätzwerten [82, 105] basieren, beschränkt die Aussagekraft von durch Mitarbeitende generierte Daten zur Inanspruchnahme zusätzlich [40].

Vor diesem Hintergrund ist naheliegend, dass auf Angaben von Mitarbeitenden basierende Daten zur Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund in der Versorgung höher ausfallen können. Daten von Studien, die auf einer Befragung von Mitarbeitenden bzw. auf deren Dokumentationen basieren [56, 59, 60, 66, 70, 83, 93, 96], können hierdurch beeinträchtigt

---

<sup>8</sup>nach 1949 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugezogene, in Deutschland geborene Ausländer oder in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil [5]

sein. Interessanterweise weisen diese Erhebungen zumeist auf eine Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund hin. Lediglich in stationär psychiatrischen Einrichtungen zeigte sich eine dem Bevölkerungsanteil entsprechende Inanspruchnahme [70].

Zusammengefasst deuten die Ergebnisse der dargestellten Studien [66, 70, 77] entgegen früherer Annahmen [18, 22-28] auf eine teils dem Bevölkerungsanteil entsprechende oder teils höhere Inanspruchnahme einiger Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund hin. Gleichzeitig werden Versorgungsangebote von einzelnen Personengruppen weiterhin unterrepräsentiert in Anspruch genommen. Abhängig von der Erhebungsmethode können Inanspruchnahmedaten gegebenenfalls in der tatsächlichen Praxis höher ausfallen.

Aus unseren Studien ergeben sich folgende Empfehlungen: Für eine Abbildung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund sind Befragungen der Inanspruchnehmenden selbst (Primärdaten) in Einrichtungen als zielführend zu empfehlen. Personen mit Migrationshintergrund nehmen zwar häufig nicht an Studien teil, allerdings erhöht ein persönlicher Kontakt, der bei Inanspruchnehmenden gegeben ist, die Teilnahme deutlich [106]. Um den Ausschluss von Menschen ohne ausreichende (alphabetisierte) Deutschkompetenzen zu minimieren, sind mehrsprachige Erhebungsinstrumente, zumindest die der häufigsten Muttersprachen [5], einzusetzen. Eine Aufnahme von Fragen zur selbst eingeschätzten Deutschkompetenz ist wichtig, um der vermuteten Unterrepräsentation von Menschen mit unzureichenden Deutschkompetenzen nachzugehen. Um einer Ethnisierung von Sozialem [51] Einhalt zu gewähren, sind Inanspruchnehmende mit Migrationshintergrund hinsichtlich unterschiedlicher Merkmale, wie Bildung, Einkommen, Deutschkompetenz etc. differenziert zu betrachten. Wenn Inanspruchnahmedaten durch Mitarbeitende gewonnen werden, sind einrichtungsübergreifend handhabbare, leicht zu erfassende [107] sowie in der Versorgungspraxis nicht stereotypisierende und diskriminierende Kriterien des Migrationshintergrundes eine wesentliche Grundlage [66], die wir jedoch in der Regel nicht vorgefunden haben [66]. Dies bestätigten Rommel et al. [96] mit ihrem Hinweis auf einen systematischen Datenausfall in der Deutschen Suchthilfestatistik mit Einführung der Erfassung des Merkmales Migrationshintergrund [108]. Für europäische Vergleiche bedarf es länderübergreifend einheitlich angewandte Definitionen [109].

## **Ausblick**

Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie von anderen benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten [110]. Es ist naheliegend, dass, trotz sinkender Tendenz, die weiterhin bestehende Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund bei z.B. Einkommen, Bildung, Armut, Diskriminierung, Rassismus, die eingeschränkte Gesundheitsversorgung für die Dauer des Asylverfahrens etc. [2, 6, 20, 111] Auswirkungen auf die psychische Gesundheit [12, 14, 15, 20, 112], die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen [6, 20, 113-115] und deren interkulturelle Öffnung haben.

Eine Beurteilung des Stands der interkulturellen Öffnung und der Inanspruchnahme von Einrichtungen im Speziellen ist daher ohne Berücksichtigung (gesellschafts-) politischer Barrieren der Umsetzung und sozialer Ausschließung zu kurz gegriffen und einseitig. Dies käme einer Pädagogisierung [116] gesellschaftlicher Probleme gleich [66]. Als Barrieren der Implementierung der interkulturellen Öffnung stellt sich z.B. die gesetzlich nicht geregelte Kostenübernahme von Dolmetschenden in der psychosozialen, psychiatrischen Versorgung dar [85], die einem flächendeckenden Einsatz dieser mit Sicherheit im Wege steht [66]. Studien zu Barrieren der Umsetzung der interkulturellen Öffnung liegen bisher nicht vor.

Die interkulturelle Öffnung von Versorgungseinrichtungen ist ein multi- bzw. interdisziplinäres Themengebiet und bewegt sich z.B. im Spannungsfeld von Medizin und Erziehungswissenschaft. Aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive ist sie in die Kritik geraten. Neben der Pädagogisierung [116] gesellschaftlicher Probleme, einer impliziten Reproduktion von Differenz und dem damit einhergehenden erneuten Ausschluss von Menschen mit Migrationshintergrund, wird auf eine Kulturalisierung sowie Reduktion der sozialen Vielfalt mittels Homogenisierung [28, 44, 45] hingewiesen. Der Vorstellung von Hybridität bzw. einer hybriden Identität [117, 118], die an Bedeutung gewinnt, wird die interkulturelle Öffnung kaum gerecht. Die Diversität von Menschen mit Migrationshintergrund ist ausgeprägt [2, 5, 6] und spiegelt sich in den dargestellten Daten zur Inanspruchnahme sowie in den Schwierigkeiten bei der Erfassung des Migrationshintergrundes wider. In der Diskussion um die Verbesserung der Versorgung dieser „Bevölkerungsgruppe“ sowie in der Alltagspraxis ist diese relevant und umfassend zu beachten. Das Wissen um und ein Bewusstsein für Kritiken an der interkulturellen Öffnung ermöglicht einen bewussteren, reflektierten und kritischen Umgang mit ihr, genauso wie mit Menschen mit Migrationshintergrund selbst [84] und stellt einen wichtigen Beitrag im Sinne einer Verbesserung der Versorgung dar.

## 6. Literatur

- [1] Bade K J. Von der Arbeitswanderung zur Einwanderungsgesellschaft Teil 1. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik (ZAR), 2010, 1:7-13
- [2] Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, eds. 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin, 2014. (Accessed October 27, 2015 at [https://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/IB/2014-10-29-Lagebericht-lang.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2014-10-29-Lagebericht-lang.pdf?__blob=publicationFile&v=4))
- [3] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, eds. Wanderungsmonitoring. Erwerbsmigration nach Deutschland. Jahresbericht 2014. Nürnberg, 2015. (Accessed October 27, 2015 at [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/wanderungsmonitoring-2014.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/wanderungsmonitoring-2014.pdf?__blob=publicationFile))
- [4] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, eds. Prognoseschreiben zur Zahl der im Verteilsystem EASY registrierten Personen nach § 44 Abs. 2 AsylVfG, 20.08.2015. Nürnberg, 2015. (Accessed October 27, 2015 at [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/DasBAMF/2015-08-20-prognoseschreiben-asylantraege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/DasBAMF/2015-08-20-prognoseschreiben-asylantraege.pdf?__blob=publicationFile))
- [5] Statistisches Bundesamt, eds. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Wiesbaden, 2014.
- [6] Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch Institut, 2008.
- [7] Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S, Kluge U, Heinz A. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbla June 2015, 58, 6:527-532
- [8] Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG. Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsbla 2006, 49, 9:873–883
- [9] Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes, R, Rief W. Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Psychiatr Prax 2009, 36, 1:16–22
- [10] Claassen D, Ascoli M, Berhe T, Priebe S. Research on mental disorders and their care in immigrant populations : a review of publications from Germany, Italy and the UK. Eur. Psychiatry 2005; 20:540-549
- [11] Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. Psychother Psych Med 2008; 58:1–7
- [12] Schunck R, Reiss K, Razum O. Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. Ethn Health 2014, 3:1–18
- [13] Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders GA, De Jong JTVM. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. J Nerv Ment Dis 2004, 192:843–852
- [14] Rapp M A, Kluge U, Penka S, Vardar A, Aichberger MC, Mundt AP, Schouler-Ocak M, Mösko M, Butler J, Meyer-Lindenberg A, Heinz A. When local poverty is more important than

your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry* June 2015, 14, 2: 249-250

[15] Aichberger MC, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Temur-Erman S, Mundt A, Heinz A, Rapp MA, Schouler-Ocak M. Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German women living in Berlin. *Eur Psychiatry* 2012, 27, 2:S10-S16

[16] Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess IT, Deakin NA, Qureshi A, Dales J, Moussaoui D, Kastrup M, Tarricone L, Till A, Bassi M, Carta M. EPA Guidance mental health care of migrants. *Eur Psychiatry* 2014;29: 107-115.

[17] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland. 13.09.2012, Nummer 14 (Accessed October 27, 2015 at [https://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-09-12-positionspapier-migration.pdf](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-09-12-positionspapier-migration.pdf))

[18] Machleidt W. Migration, Integration und psychische Gesundheit. *Psychiat Prax* 2005; 32: 55-57

[19] Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry* 2013;12:187–197

[20] Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland Berlin, 2015 (Accessed October 27, 2015 at [http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht\\_mit-Umschlag\\_2015.compressed.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf)).

[21] Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiat Prax* 2010; 37:225–232

[22] Häfner H. Psychiatrische Morbidität von Gastarbeiterin in Mannheim. *Nervenarzt* 1980, 51: 672-684

[23] Holzmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B. Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. *Psychiat Prax* 1994, 21:106-108

[24] Hoffmann K Ausländische Patienten im Zentrum für Psychiatrie Reichenau. In: Hoffmann K, Machleidt W, eds. *Psychiatrie im Kulturvergleich*. Berlin: VWB, 1997.

[25] Wolfersdorf M, Durant W, Hösch S. Psychisch kranke Ausländer als Patienten im Psychiatrischen Fachkrankenhaus. *Psycho* 1999, 25: 82-95.

[26] Hauschild B, Baum C. Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht zur Versorgung im ambulanten/komplementären Bereich. Berlin, 2000. (Accessed October 27, 2015 at <https://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapiere/>)

[27] Machleidt W, Behrens K, Ziegenbein M, Calliess IT. Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiat Prax* 2007, 34: 325-331



- [28] Penka S. Migration und Sucht. Notwendigkeit einer interkulturellen Suchthilfe? Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2004
- [29] Künzler N, Garcia-Brand E, Schmauß M, Messer T. Deutschkenntnisse psychiatrischer Patienten aus anderen Kulturen.: Einfluss auf Freiwilligkeit und Dauer der stationären Behandlung. *Psychiatr Prax* 2004; 31: 21-23
- [30] Lay B, Lauber C, Rossler . Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatr Scand* 2005, 111, 5: 358-366
- [31] Penka S (2013) Zugangsbarrieren von Personen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem- Konsequenzen für die Praxis. In: Koch E, Schouler-Ocak M, eds. Sucht und Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2013
- [32] Bermejo I, Hölzel L P, Kristol L, Härter M. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsbl 2012, 55:944–953.
- [33] Hunner C, Penka S, Krieg S, Heinz A. Latente Ausschließung. Migranten und Drogenhilfe. *Kriminologisches Journal* 2001, 3: 216- 224
- [34] Penka S, Heimann H, Heinz A, Schouler-Ocak M. Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *Eur Psychiatry* 2008 Jan;23 Suppl 1:36-42.
- [35] Wohlfart E, Özbek T, Hodzic S. Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart E, Zaumseil M, eds. Transkulturelle Psychiatrie-interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Berlin: Springer Verlag, 144-167
- [36] Gaitanides S. Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste- Stolpersteine und Visionen. *Sozial Extra Mai* 2004, 28, 5: 34-36.
- [37] WHO. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 (Accessed October 28, 2015 at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf))
- [38] U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. EXECUTIVE SUMMARY. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2001 (Accessed October 27, 2015 at <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/executive.pdf>).
- [39] Chiarenza A. Developments in the concept of ‘cultural competence’. In: Ingleby D, Chiarenza A, Deville W, eds. Inequalities in health care for migrants an ethnic minorities. Antwerpen: Garant Publishers, 2012: 66-81
- [40] Mladovsky P. A framework for analyzing migrant health policies in Europe. *Health Policy* 2009; 93, 1:55–63.
- [41] Kirmayer L J. The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. *Can J Psychiatry* 2000;45: 438-446
- [42] Penka S, Kluge U, Vardar A, Borde T, Ingleby D. The German concept of “Intercultural opening” as an answer to challenges of migration - the development of an assessment tool for the appraisal of its current status in the mental health care system. *Eur Psychiatry* 2012, 27, Suppl 2: S63-9.
- [43] Barwig K, Hinz-Rommel W. Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 1995

- [44] Diehm I, Radtke FO. Erziehung und Migration Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer, 1999.
- [45] Filsinger D. Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste. Expertise im Auftrag der Regiestelle E & C. 2002 (Accessed October 28, 2015 at <https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/integration/downloads/Leitbild/AK3/sozialerdienst.pdf>).
- [46] Machleidt W. Die Sonnenberger Leitlinien- Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In: Machleidt W, Salman R, Calliess I T, eds. Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006: 21-35.
- [47] Kluge U, Penka S. Konzeptionen für „Good Practice“ im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie in Deutschland. In: Machleidt W, Heinz A, eds. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer, 2011: 551-60.
- [48] Salman R, Tuna S, Lessing A, eds. Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial Verlag, 1999
- [49] Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, eds. Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege - Neue Chancen. Druck Repro und Verlag: Erfurt, Juli 2007 (Accessed October 28, 2015 at [http://mifkjf.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Integrationsministerkonferenz/Nationaler Integrationsplan\\_2007\\_NIP\\_.pdf](http://mifkjf.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Integrationsministerkonferenz/Nationaler_Integrationsplan_2007_NIP_.pdf)).
- [50] Griese C, Marburger H. Interkulturelle Öffnung- Genese, Konzepte, Diskurse. In: Griese C, Marburger H, eds. Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch. München: Oldenbourg Verlag, 2012: 1-24
- [51] Falge C, Zimmermann G. Die interkulturelle Öffnung im deutschen Gesundheitssystem. In: Vanderheiden E, Mayer C-H, eds. Handbuch interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2014: 327-34
- [52] Schröer H. Interkulturelle Öffnung und Diversity Management. Expertise erstellt im Auftrag von anakonde GbR. München. Zentralstelle für die Weiterbildung im Handwerk e.V. (ZWH) Koordinierungsprojekt „Integration durch Qualifizierung – IQ“, eds. Schriftenreihe IQ Band I, 2007 (Accessed October 28, 2015 at [http://www.i-igm.de/dokus/IQSchriftenreihe\\_Band1.pdf](http://www.i-igm.de/dokus/IQSchriftenreihe_Band1.pdf)).
- [53] Borde T, David M. Checkliste „Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen.(Accessed October 28, 2015 at <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/121/ChecklisteInterkulturelleOeffnungVersorgungseinrichtungen.pdf>).
- [54] Hinz- Rommel W. Checkliste: Interkulturelle Soziale Arbeit. (Accessed October 28, 2015 at [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:B7rff4IdtmkJ:www.encuentro-projekt.de/interkultur.html%3Ffile%3Dtl\\_files/encuentro/pdf/interkultur/Hinz-Rommel\\_Checkliste\\_Interkulturelle\\_soziale\\_Arbeit.pdf+%&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:B7rff4IdtmkJ:www.encuentro-projekt.de/interkultur.html%3Ffile%3Dtl_files/encuentro/pdf/interkultur/Hinz-Rommel_Checkliste_Interkulturelle_soziale_Arbeit.pdf+%&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de)).
- [55] Boos- Nünning U, Otyakmaz BÖ, Surall D, eds. Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden- Baden, 2002.
- [56] Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover als Geschäftsführung des sozialpsychiatrischen Verbundes, eds. Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover – Studie 2012. Sozialpsychiatrische Schriften, 4. (Accessed October 28, 2015 at <http://www.hannover.de/Media/01-DATA->

- [57] Karl-Trummer U, Novak-Zezula S. Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrantfriendly Hospital“-Projekt. In: Rasky E, eds. Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas Verlag, 2009; 367-375
- [58] Koch E, Assion J-J, Bender M, Siefen RG. Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage des Arbeitskreises Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenheilkunde* 2014, 6: 427-433.
- [59] Mösko M O, Gil-Martinze F, Schulz H. Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects. *Clin Psychol Psychother* 2013, 20: 434-446.
- [60] Odening, D, Jeschke, K, Hillenbrand, D, Mösko, M. Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. *VPP*, 2013: 53-72.
- [61] Falge C. Deutschland ein Einwanderungsland? Die interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser als kritischer Testfall. In: Falge C, Zimmermann G, eds. Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2009: 85–112
- [62] Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten. *PSYCH up2date* 2015, 9, 3: 177-188.
- [63] Linstone HA, Turoff M, eds. *The Delphi-Method: techniques and applications*. London: Reading, Mass: Addison-Wesley Company; 1975.
- [64] Häder M. *Delphi- Befragungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009.
- [65] Häder M, Häder S. Delphi und Kognitionspsychologie: Ein Zugang zur theoretischen Fundierung der Delphi-Methode. *ZUMA-Nachrichten*, November 1995, 37, 19: 12
- [66] Penka S, Faißt H, Vardar A, Borde T, Mösko MO, Dingoyan D, Schulz H, Koch U, Kluge U, Heinz A. Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015, 65: 353-362
- [67] Amt für Statistik Berlin Brandenburg, Hrsg. *Statistischer Bericht AI 5 – hj 2/10. Melderechtlich registrierte Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2010*. Potsdam 2011
- [68] Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Landesbeauftragter für Psychiatrie, eds. *Psychiatrie in Berlin. Information und Orientierung*. Berlin, 2011, 7. Aufl.
- [69] Bortz J, Döring N. *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer, 2006, 4. Aufl.
- [70] Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A. Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry* 2008, 23: 21-27
- [71] Schouler-Ocak M, Schepker M, Bretz HJ, Hartkamp N, Koch E, Penka S, Hauth I, Rapp MA, Aichberger MC, Heinz A: Patienten mit Migrationshintergrund in stationär psychiatrischen-Einrichtungen – Unterschiede zwischen Migranten erster und zweiter Generation. *Nervenarzt* 2010, 81, 1:86-94.
- [72] Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Rapp MA, Aichberger MC, Schepker R, Hartkamp N, Koch E, Penka S, Hauth I, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen

Einrichtungen – Vergleich zwischen Patienten aus Osteuropa und der Türkei. *Z Med Psychol* 2009, 18:117-123.

[73] Koch E, Hartkamp N, Siefen R G et al. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt* 2008;79,3:328-339.

[74] Schoofs N, Riemer T, Bald L K, Heinz A, Gallinat J, Bempohl F, Gutwinski S, Methadon und Levomethadon- Dosierung und Nebenwirkungen. *Psychiat Prax* 2014, 41: 82-87

[75] Gutwinski S, Bald L K, Heinz A, Müller C A, Schmidt A K, Wiers C, Bempohl F, Gallinat J, Take Home Maintenance Medication in Opiate Dependence. *Dtsch Ärztebl Int* 2013; 110, 23-24: 405-12

[76] Gutwinski S, Bald L K, Gallinat J, Heinz A, Bempohl F, Why do Patients Stay in Opioid Maintenance treatment? *Subst Use Misuse* 2014, 49:694-699.

[77] Bald LK, Schouler-Ocak M, Penka S, Schoofs N, Häbel T, Bempohl F, Gutwinski S. Opioidsubstitution bei heroinabhängigen Patienten mit Migrationshintergrund. *Nervenarzt* 2015, DOI: 10.1007/s00115-015-4386-6

[78] Kluge U. Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In: Machleidt W, Heinz A, eds. *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, Urban &Fischer, 2011: 145-160

[79] Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundhbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz* 2012 Sep;55, 9:1168-75.

[80] Schouler-Ocak M, Penka S. Kultur(un-)sensible Diagnostik und Therapie- Voraussetzungen und Erfordernisse der sozialpsychiatrischen Praxis. *Kerbe, Forum für Soziale Psychiatrie*, 2011, 1: 22-25.

[81] Amt für Statistik Berlin Brandenburg. *Statistischer Bericht A I 5 – hj 2 / 11. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2011*. Potsdam, 2012

[82] Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1, Reihe 2.2 Wiesbaden, 2006*.

[83] Koch E, Assion H-J, Bender M, Siefen RG. Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage des Arbeitskreises Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenheilkunde* 2014, 6:427-433.

[84] Busch D. Handlungsorientierungen in Prozessen interkultureller Öffnung - Eine kritische Perspektive. In: Vanderheiden E, Mayer C-H, eds. *Handbuch interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2014: 69-77.

[85] Kluge U, Bogic M, Devillé W, Greacen T, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Koitzsch Jensen N, Ioannidi-Kapolou E, Mertaniemi R, Puipcinós i Riera R, Sandhu S, Sarvary A, Soares JFF, Stankunas M, Straßmayr C, Welbel M, Heinz A, Priebe S. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Eur Psychiatry* 2012, 27, Suppl. 2: S56-S62

[86] Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Puigpinósi Riera R, Sarvary A, Soares JFF, Stankunas M, Straßmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Bogic M. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011, 11:187

- [87] Vogel K. Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten am Beispiel des Krankenhausesektors. In: Verbraucherzentrale NRW e.V., eds. Markttransparenz im Gesundheitswesen, Düsseldorf, 2008: 140-6 (Accessed October 29, 2015 at <http://www.vz-nrw.de/mediabig/86501A.pdf>).
- [88] Wolf V, Özkan I. Dolmetschen in der Psychotherapie- Ergebnisse einer Umfrage. Psychotherapeuten- Journal 2012, 4: 325–327.
- [89] Meyer B. Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Hamburg, 2008 (Accessed October 29, 2015 at [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/ExpertiseMehrsprachigkeit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/ExpertiseMehrsprachigkeit.pdf?__blob=publicationFile)).
- [90] Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Heredia Montesinos A, Koch E, Driessen M, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen- ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft und Patienten ohne Migrationshintergrund. Psychiatr Prax, 2010, 37, 8:384-90.
- [91] Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, eds. Drogen- und Suchtbericht Mai 2009. Berlin, 2009 (Accessed October 29, 2015 at [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen\\_und\\_Suchtbericht\\_2009\\_Drogenbeauftragte.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen_und_Suchtbericht_2009_Drogenbeauftragte.pdf)).
- [92] Maier C. Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland Ein Vergleich der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und eines Indikators für Rehabilitationserfolg zwischen Rehabilitanden türkischer und nicht-türkischer Abstammung. Bielefeld, 2008
- [93] Mösko MO, Pradel S, Schulz H. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl 2011, 54:465–474
- [94] Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O. Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. Eur J Epidemiol 2010, 25:651–660
- [95] Knischewitzki-Bohlken V, Graef-Calliess IT. Die interkulturelle Öffnung in der Therapie. In: Vanderheiden E, Mayer C-H, eds. Handbuch interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2014: 335-344.
- [96] Rommel A, Köppen J. Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Psychiat Prax 2014, Epub Oct 27. doi: 10.1055/s-0034-1387291
- [97] Bermejo I, Frank F, Maier I, Hölzel LP. Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen. Psychiat Prax 2013, 39: 64-70
- [98] Hansson EK, Tuck A, Lurie S, McKenzie K. Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural, and racialized groups in Canada: a review of the literature. Can J Psychiatry 2012, 57, 2:111–121
- [99] Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. Compr Psychiatry 2014, 55, 4: 818-25.
- [100] Leidinger F. Migrationssensible Datenerhebung in den LVR-Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration,

eds. Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Dokumentation. Berlin, 2010:65-75

[101] David M, Braun T, Borde T. (Fehl-) Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Ethnizität von Patienten. Notfall Rettungsmed 2006, 9: 673-678

[102] Kimil A, Salman R. Migration und Sucht. In: Hegemann T, Salman R, eds. Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2010: 368-382

[103] Heimann HM. Alkoholabhängigkeit bei Aussiedlern. Die Bedeutung von Erklärungsmodellen für Prävention und Behandlung. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2007

[104] Dill H, Frick U, Hofer R, Klöver B, Strauß F. Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 141/I. Baden-Baden: Nomos- Verlagsgesellschaft, 2002

[105] Deutsches Krankenhaus Institut (DKI). Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, 2013 (Accessed October 29, 2015 at [https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/kultursensibilitaet\\_der\\_krankenhaeuser\\_in\\_nordrhein-westfalen.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/kultursensibilitaet_der_krankenhaeuser_in_nordrhein-westfalen.pdf)).

[106] Aichberger MC, Yesil R, Rapp MA, Schlattmann P, Erman ST, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Mundt A, Mösko M, Heinz A, Schouler-Ocak M. Surveying migrant populations – methodological considerations: An example from Germany, International Journal of Culture and Mental Health, 2012; DOI:10.1080/17542863.2011.642981

[107] Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum U, Weilandt C. Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationshintergrundes. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundhbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 2006; 49: 853– 860

[108] Bauer C, Sonntag D, Hildebrand A, Bühringer G, Kraus L. Studiendesign und Methodik der Deutschen Suchthilfestatistik 2007. SUCHT 2009, 55: 6-14.

[109] Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet 2013, 381: 1235-1245

[110] Schröer H. Interkulturelle Öffnung. Statement für den Workshop des Gesprächskreises Migration und Integration der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Thema „Chancengleichheit in Betrieben und Verwaltungen – Empirische Befunde und strategische Optionen. 2007. (Accessed November 4, 2015 at [http://www.fes.de/wiso/pdf/integration/2007/14\\_Schroer\\_230407.pdf](http://www.fes.de/wiso/pdf/integration/2007/14_Schroer_230407.pdf))

[111] Decker O, Kiess J, Brähler E. Die stabilisierte Mitte Rechtsextreme Einstellung in Deutschland 2014. Leipzig, 2014 (Accessed November 17, 2015 at [http://research.uni-leipzig.de/kredo/Mitte\\_Leipzig\\_Internet.pdf](http://research.uni-leipzig.de/kredo/Mitte_Leipzig_Internet.pdf)).

[112] Igel U, Brähler E, Grande G. Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. Psychiat Prax 2010, 37, 4:183-190

[113] Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundhbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:836–850

- [114] Eisenberg D, Golberstein E, BA, Gollus S E. Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. *Medical Care* 2007, 45, 7:594-601
- [115] Fleury MJ, Ngamini Ngui A , Bamvita J-M, Grenier G, Caron J. Predictors of Healthcare Service Utilization for Mental Health Reasons. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11, 10559-10586;
- [116] Hamburger F, Seus L, Wolter O. Über die Unmöglichkeit, Politik durch Pädagogik zu ersetzen. In: Griese H M, eds.. *Der gläserne Fremde. Bilanz und Kritik der Gastarbeiterforschung und Ausländerpädagogik*. Opladen: Leske und Budrich; 1984: 32-42
- [117] Bhaba HK. The Third Space. In: Rutherford J, eds. *Identity. Community, Culture, Difference*. London; Hall Stuart,1990: 207-21.
- [118] Foroutan N. „Hybride Identitäten - Normalisierung, Konfliktfaktor und Ressource in postmigrantischen Gesellschaften“, in: Brinkmann H-U, Uslucan H-H, eds. *Dabeisein und Dazugehören – Integration in Deutschland*. Wiesbaden, 2013

## 7. Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen und eidesstattliche Versicherung

Simone Penka hatte folgenden Anteil an den vorgelegten Publikationen:

**Publikation 1: Penka S,** Kluge U, Vardar A, Borde T, Ingleby D. The German concept of “Intercultural opening” as an answer to challenges of migration – the development of an assessment tool for the appraisal of its current status in the mental health care system. Eur Psychiatry 2012, 2012; 27, Suppl 2:S63-9.

(Impact Punkte: 3.439)

*Beitrag im Einzelnen:*

Konzeption, Durchführung und Koordination der Studie, Erhebung der Daten, Datenanalyse, , Erstellung des Manuskriptes

**Publikation 2: Penka S,** Faißt H, Vardar A, Borde T, Mösko MO, Dingoyan D, Schulz H, Koch U, Kluge U, Heinz A. Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. Psychother Psychosom Med Psychol 2015, 65: 353-362

(Impact Punkte: 1.008)

*Beitrag im Einzelnen:*

Konzeption, Durchführung und Koordination der Studie, Erhebung der Daten, Datenauswertung, Interpretation und Diskussion, Erstellung des Manuskriptes

**Publikation 3:** Schouler-Ocak M, Bretz HJ, **Penka S,** Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A. Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. Eur Psychiatry 2008, 23: 21-27

(Impact Punkte: 3.439)

*Beitrag im Einzelnen:*

Konzeption der Studie, Datenanalyse und wesentliche Beteiligung an der Interpretation der Daten, Beteiligung an der Manuskripterstellung

**Publikation 4:**

Bald LK, Schouler-Ocak M, **Penka S,** Schoofs N, Häbel T, Bempohl F, Gutwinski S. Opioids substitution bei heroïnabhängigen Patienten mit Migrationshintergrund. Der Nervenarzt 2015, DOI: 10.1007/s00115-015-4386-6

(Impact Punkte: 0.787)

*Beitrag im Einzelnen:*

Konzeption der Studie, Datenanalyse und wesentliche Beteiligung an der Interpretation der Daten, Beteiligung an der Manuskripterstellung

Simone Penka



## **Eidesstattliche Versicherung**

„Ich, Simone Penka, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten und Substitutionsbehandlungen in Berlin sowie stationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

---

Datum, Unterschrift

## 8. Ausgewählte Publikationen

### **Publikation 1:**

Penka S, Kluge U, Vardar A, Borde T, Ingleby D.  
The German concept of “Intercultural opening” as an answer to challenges  
of migration - the development of an assessment tool for the appraisal of its current  
status in the mental health care system.  
Eur Psychiatry 2012, 27, Suppl 2:S63-9

[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75710-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75710-3)

















**Publikation 2:**

Penka S, Faißt H, Vardar A, Borde T, Mösko MO, Dingoyan D, Schulz H,  
Koch U, Kluge U, Heinz A.

Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung.  
Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk.

Psychother Psychosom Med Psychol 2015, 65: 353-362

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1549961>























### **Publikation 3:**

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A.  
Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors.  
Eur Psychiatry 2008, 23: 21-27

[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70058-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70058-0)

















**Publikation 4:**

Bald LK, Schouler-Ocak M, Penka S, Schoofs N, Häbel T,  
Berpohl F, Gutwinski S.

Opioidsubstitution bei heroinabhängigen Patienten mit Migrationshintergrund.  
Nervenarzt 2015

<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-015-4386-6>

















## **9. Curriculum Vitae**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.





## 10. Komplette Publikationsliste

### 2015

Bald LK, Schouler-Ocak M, **Penka S**, Schoofs N, Häbel T, Bempohl F, Gutwinski S. Opioidsubstitution bei heroinabhängigen Patienten mit Migrationshintergrund. *Nervenarzt* 2015, DOI: 10.1007/s00115-015-4386-6

**Penka S**, Faißt H, Vardar A, Borde T, Mösko MO, Dingoyan D, Schulz H, Koch U, Kluge U, Heinz A. Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung. Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015, 65: 353-362.

Rapp M A, Kluge U, **Penka S**, Vardar A, Aichberger MC, Mundt AP, Schouler-Ocak M, Mösko M, Butler J, Meyer-Lindenberg A, Heinz A. When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry* June 2015, 14, 2: 249-250

Schouler-Ocak M, Aichberger MC, **Penka S**, Kluge U, Heinz A. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsbla* June 2015, 58, 6:527-532

### 2013

**Penka S**. Zugangsbarrieren von Personen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem-Konsequenzen für die Praxis. In: Koch E, Müller M J, Schouler-Ocak M, eds. *Sucht und Migration*. Freiburg im Breisgau. Lambertus- Verlag, 2013: 27-46.

### 2012

**Penka S**, Schouler- Ocak M, Heinz A, Kluge U. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. In: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2012 Sep, 55, 9:1168-75.

**Penka S**, Kluge U, Vardar A, Borde T, Ingleby D. The German concept of “Intercultural opening” as an answer to challenges of migration -the development of an assessment tool for the appraisal of its current status in the mental health care system. In: *Eur Psychiatry* 2012, 27, Suppl 2:S63-9.

Vardar A, Kluge U, **Penka S**. How to express mental health problems: Turkish immigrants in Berlin compared to native Germans in Berlin and Turks in Istanbul. *Eur Psychiatry* 2012, special issue 1: 50-55

### 2011

Schouler-Ocak M, **Penka S** (2011) Kultur(un-)sensible Diagnostik und Therapie-Voraussetzungen und Erfordernisse der sozialpsychiatrischen Praxis. In: *Kerbe, Forum für Soziale Psychiatrie*, 2011/1, pp. 22-25



## 2010

Haasen C, Heimann H, **Penka S**, Heinz A. Abhängigkeit und Sucht. In: Machleidt W, Heinz A, eds. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer, 2010: 375-386

Kluge U, **Penka S**. Perspektiven für Kriterien Guter Praxis im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, Urban & Fischer, 2010: 551-560

Schouler-Ocak M, Schepker M, Bretz HJ, Hartkamp N, Koch E, **Penka S**, Hauth I, Rapp MA, Aichberger MC, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Unterschiede zwischen Migranten erster und zweiter Generation -Repräsentative bundesweite Umfrage der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenarzt 2010, 81,1:86-94.

## 2009

Heinz A, Napo F, Kluge U, Wohlfart E, **Penka S**, Schouler-Ocak M. Migration und seelische Gesundheit: Kommen Migranten in 2 Klassen. In: Nickl-Weller C, Rämmler B, Fernandez de Santos, eds. Health Care der Zukunft 2. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009: 21-28

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Rapp MA, Aichberger MC, Schepker R, Hartkamp N, Koch E, **Penka S**, Hauth I, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen- Vergleich zwischen Patienten aus Osteuropa und der Türkei. Z Med Psychol 2009, 18: 117-123

Wohlfart E, **Penka S**. Migration und Integration: Interkulturelle Settings in der psychosozialen Regelversorgung. In: Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, 2009, 2: 13-17

## 2008

Lindert J, Priebe S, **Penka S**, et al. Mental health care for migrants. Psychother Psychosom Med Psychol 2008, 58, 3-4:123-9

**Penka S**, Heimann H, Heinz A, Schouler-Ocak M. Explanatory Models of Addictive Behaviour Among Native German, Russian-German, and Turkish Youth. Eur Psychiatry 2008; 23:S36-42.

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, **Penka S**, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A. Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities - A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. Eur Psychiatry 2008;23:S21-7

Schouler-Ocak M, Schepker R, Bretz HJ, Hartkamp N, Koch E, **Penka S**, Hauth I, Rapp MA, Aichberger MC, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Unterschiede zwischen erster und zweiter Generation: Bundesweite Umfrage der

Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenarzt 2010, 81:86–94

## 2007

Heimann H M, Penka S, Heinz A. Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen – eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. In: Suchttherapie 2007, 8: 57-62

Heinz A, Penka S, Heimann H, Schouler-Ocak M. Transkulturelle Besonderheiten und Probleme bei Diagnostik und Versorgung abhängig kranker Migranten. Nervenarzt 2007, 78, 2 HS004, 03

## 2006

Heinz A, Plake H, Penka S. Erklärungsmodelle psychischer Erkrankungen bei türkischen, deutsch-russischen und deutschen Jugendlichen vorgestellt und mögliche Implikationen für die klinische Praxis in der Großstadt. Nervenarzt 2006, 77, 3: S440

Penka S, Plake H, Heinz A. Ursachen und Auswirkungen der verminderten Nutzung des Suchthilfesystems durch Migranten. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT, eds. Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. Berlin: VWB –Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2006: 111-116

## 2004

Penka S. Migration und Sucht – Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“?. Leipzig; Leipziger Universitätsverlag, 2004.

Penka S, Krieg S, Wohlfart E, Heinz A. Suchtprobleme bei Migranten- Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: psychoneuro, 2004, 7:401- 4

## 2003

Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A. Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen – Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. In: Nervenarzt 2003, 74: 581- 6

Krieg S, Penka S, Hunner C, Heinz A. Essstörungen und Suchtprobleme bei Migranten – Versagen des Versorgungssystems? In: Rundbrief der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit. 2003:28-31

Krieg S, Penka S, Wohlfart E, Heinz A. Körperbilder und Essstörungen bei türkischen Migrantinnen. In: Psychomed 2003, 2: 80- 84

## 2002

Krieg S, Penka S, Wohlfart E, Heinz A. Aktuelle Forschungsprojekte in der transkulturellen Psychiatrie. In: Rundbrief der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit. 2002:32- 34

## 2001

Heinz A, Penka S, Hunner C, Krieg S. Untersuchung zur Zugänglichkeit von Suchtberatungsstellen und medizinischen Versorgungseinrichtungen für Migrantinnen und Migranten mit Abhängigkeitserkrankungen. Nervenheilkunde 2001, 20 (Suppl): S95

Hunner C, Penka S, Krieg S, Heinz A. Latente Ausschließung. Migranten und Drogenhilfe. Kriminologisches Journal 2001, 3: 216- 224

## **11. Danksagung**

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, mich bei zahlreichen Menschen zu bedanken, die mich in den Jahren der Entstehung der vorgelegten Dissertation begleitet, unterstützt und motiviert und damit wesentlich zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben.

Bedanken möchte ich mich zuallererst bei meinem Betreuer Hr. Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, der mich seit vielen Jahren unterstützt. Seine Kreativität sowie sein Engagement und Idealismus haben zum Aufbau des Forschungsschwerpunktes „Transkulturelle Psychiatrie“ sowie des Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) an der von ihm geleiteten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte geführt. Bei beiden handelt es sich um „Orte“, die sowohl wissenschaftlich, als auch praktisch und persönlich viele konstruktive Impulse und Prozesse meinerseits bewirkt und angestoßen haben und für mein berufliches Leben wichtig geworden sind.

Auch Fr. Prof. Dr. Theda Borde danke ich ausdrücklich für die Begleitung meiner Arbeiten in den letzten Jahren. Sie stand mir immer mit ihrem Knowhow und ihren Erfahrungen mit Rat und Tat zur Seite. Die gemeinsamen Treffen werde ich als sehr konstruktiv und angenehm in Erinnerung behalten. Ich danke ihr insbesondere auch für die Zeit, die sie sich häufig außerplanmäßig für mich genommen hat.

Meinen Kolleginnen Ulrike Kluge, Azra Vardar, Marion Aichberger, Meryam Schouler-Ocak und Winnie Öhrlich möchte ich von ganzem Herzen für die bisherige gemeinsame (Arbeits-, Forschungs- und Lebens-) Zeit danken. Sie waren es, die mich im Alltag bei Zweifeln ermutigt haben, mir bei inhaltlichen Fragen zur Seite standen, mit denen ich inspirierende Diskussionen geführt habe, die immer ein offenes Ohr hatten und nicht zuletzt auch die Arbeit Korrektur gelesen haben. Vor allem auch die studentische Mitarbeiterin Hanna Faißt ist hier zu nennen, die mit ihrer Selbständigkeit, ihrem großen Engagement und unermesslichen Einsatz zum erfolgreichen Abschluss der Erhebungen im Rahmen der von der VW-Stiftung geförderten Studienprojektes SeGeMi (Seelische Gesundheit und Migration) erheblich beigetragen hat.

Meryam Schouler-Ocak, genauso wie den Mitarbeitenden der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhauses in Berlin Mitte, mit denen ich zusammenarbeiten durfte, möchte ich außerdem explizit für das mir entgegen gebrachte Vertrauen danken. Ich freue mich, dass in unserem Arbeitsalltag individuelle Kompetenzen eines jeden/einer jeden geschätzt und als Bereicherung wahrgenommen werden.

Ohne das Verständnis und die Unterstützung meiner Sozialarbeiter-KollegInnen, insbesondere Waltraud Bergemann und Achim Kröplin, und des Teams der Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. des ZIPP wäre die Dissertation kaum möglich gewesen. Auch bei diesen möchte ich mich daher ausdrücklich bedanken.

Natürlich ist an dieser Stelle auch all jenen Personen und Institutionen zu danken, die durch ihre Mitwirkung an unseren Studien zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. Das sind alle Einrichtungen, Mitarbeitenden, Substituierten, sowie alle am Delphi-Prozess teilnehmenden Expertinnen und Experten, die ich sehr gern namentlich nenne: Hr. Prof. Dr. S. Gaitanides, Hr. Prof. Dr. D. Filsinger, Fr. Dr. M. Gavranidou, Hr. Dr. E. Koch, Hr. Prof. Dr. W. Machleidt, Fr. Prof. Dr. R. Schepker, Fr. Prof. Dr. U. Boos- Nünning, Hr. Prof. Dr. M. Zaumseil, Fr. Monika Wagner, Hr. Dr. H. Schröer und AKARSU e.V. Berlin.

Auch Hr. Kolodziejczak, dem Psychiatriekoordinator von Berlin Mitte, ist großer Dank zu zollen. Er hat mich stets mit seiner großen Expertise hinsichtlich der psychosozialen Versorgung unterstützt und aufgrund seiner Offenheit und seinem Interesse an dem untersuchten Themengebiet zum Gelingen meiner Arbeiten wesentlich beigetragen.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei den für mich wichtigsten Menschen bedanken:

Meinen Eltern bin ich für die ideelle und emotionale Unterstützung zeit meines Lebens zu tiefstem Dank verpflichtet. Ihre Förderung meiner Ausbildung und ihr Glaube an mich hat „Berge versetzt“ und diese Schrift erst möglich gemacht.

Meinem Sohn Linus und meinem Freund Heiko danke ich von ganzem Herzen für ihr Verständnis, ihre Geduld, ihre Aufmunterungen und ihre emotionale Unterstützung. Ich weiß, dass ich ihnen einiges zugemutet habe, was sie jedoch immer mitgetragen haben.

Auch bei allen meinen Freunden, die mich immer begleitet, an mich geglaubt haben und auch zu den unmöglichsten Zeiten für mich da waren, möchte ich mich aus vollstem Herzen bedanken. Insbesondere Christoph, der mir mit nächtlichem Korrekturlesen in den Endzügen der Arbeit eine große Hilfe war.

Danke!