

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

DISSERTATION

Soziale Determinanten depressiver Symptomatik bei
Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Marion Christina Aichberger

aus Wien, Österreich

Datum der Promotion: 05. Dezember 2014

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung.....	3
1.1. Zusammenfassung.....	3
1.2. Abstract.....	4
1.3. Hintergrund.....	5
1.4. Zielstellung.....	7
1.5. Methoden.....	7
1.6. Ergebnisse.....	10
1.7. Diskussion.....	13
1.8. Referenzen.....	16
2. Anteilserklärung.....	20
3. Publikationen.....	21
4. Lebenslauf.....	42
5. Publikationsliste.....	44
6. Eidesstattliche Erklärung.....	48
7. Danksagung.....	49

1. Einleitung

1.1.Zusammenfassung

Deutschland hat sich seit Mitte der 50er Jahre zu einem der größten Einwanderungsländer weltweit entwickelt. Dem Mikrozensus 2011 zufolge lebten 15,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Bundesgebiet. Bislang ist die Datenlage zur körperlichen und psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu europäischen Nachbarländern spärlich. Zahlreiche internationale Studien zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten im westlichen Europa und Nordamerika zeigten eine erhöhte psychische Belastung in diesen Gruppen. Als mögliche Einflussgrößen wurden sozioökonomische Faktoren diskutiert. So könnte insbesondere die soziale Position einer Person ein entscheidender Mediator bei der Entstehung emotionaler Belastung und respektive depressiver Symptomatik bei Menschen mit Migrationshintergrund sein. Ziele der durchgeführten Untersuchungen waren daher zum einen die aktuelle psychische Belastung (in Form depressiver Symptome) bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland abzubilden und zum anderen den Grad des Einflusses verschiedener sozialer Risikofaktoren auf das psychische Belastungsniveau bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Einheimischen zu untersuchen. In allen drei Studien zeigten Menschen mit Migrationshintergrund ein deutlich erhöhtes psychisches Belastungsniveau unabhängig von der Altersgruppe, dem Geschlecht und der Untersuchungsregion. Des Weiteren weisen die Ergebnisse auf einen Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf das psychische Belastungsniveau im Sinne depressiver Symptome hin.

1.2. Abstract

Germany has become one of the largest recipients of immigrants worldwide since the 1950ies. According to census data from 2011 15.9 million immigrants and their descendants have been living in Germany. Yet, data on physical and mental health determinants of immigrants in Germany is scarce. Some studies from neighbouring European countries and North America suggest an increased rate of psychological distress and mental disorders in some migrant and ethnic minority groups. Among possible underlying factors have socioeconomic factors been discussed. In particular social status may be a significant mediator for the relationship between migrant status and psychological distress, and symptoms of depression, respectively. Aim of the presented studies was to (a) estimate the rate of psychological distress (and symptoms of depression) in immigrants and their descendants in Germany, and (b) to examine the effect of socioeconomic risk factors on psychological distress in immigrants and their descendants compared to native Germans. Across all three studies we found a high rate of psychological distress (and symptoms of depression) in immigrants and their descendants independent of age, gender, and study region. Furthermore, our findings suggest an impact of socioeconomic factors on the association of psychological distress and migration status.

1.3. Hintergrund

Deutschland ist seit dem ersten Anwerbeabkommen für ausländische Arbeitnehmer mit Italien im Jahre 1955 zu einem der größten Einwanderungsländer weltweit geworden [1]. Die Nettoeinwanderungsquote lag zwischen 1960 und 2005 zwischen 2,2 und 7,9 pro 1000 Einwohner. Nach einem Rückgang der Einwanderung und einer Zunahme der Abwanderung zwischen 2005 und 2010 wird für die Periode 2010 bis 2015 mit einer Rate von 1,3 pro 1000 Einwohner wieder ein Anstieg der Einwanderung gegenüber der Abwanderung nach Deutschland prognostiziert [2]. Zum ersten Mal wurden „Personen mit Migrationshintergrund“¹ vom Statistischen Bundesamt im Mikrozensus 2005 erfasst [3]. Dem letzten Mikrozensus aus dem Jahre 2011 zufolge lebten 15,9 Millionen Menschen mit Migrationhintergrund im deutschen Bundesgebiet [4]. Aktuell stammt die Mehrheit dieser Bevölkerung (70,2%) aus Teilen Europas. Insbesondere stammen die Menschen aus der Türkei, Teilen der ehemaligen Sowjetunion, Polen, Griechenland, Portugal, Italien, Kroatien, Serbien und Montenegro sowie aus Bosnien und Herzegowina [4]. Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass kulturelle Faktoren und der Migrationsprozess an sich, auf das Inanspruchnahmeverhalten [5,6], die Darbietung und die Erklärung von Beschwerden [7-9], und auch die Annahme von präventiven Maßnahmen Auswirkung haben [10]. Erschwerte Rahmenbedingungen bei Studien mit Menschen mit Migrationshintergrund, wie z.B. mögliche Sprachbarrieren [11,12], Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Migrantengruppen im Rahmen von Gesundheitsstudien [13], zusätzliche Kosten für Übersetzungen, Dolmetscher, sowie bilinguales Studienpersonal [12], haben dazu beigetragen, dass die Datendichte zur Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland noch

¹ Migrationshintergrund umfasst der Definition des Mikrozensus der DESTATIS folgend: „...Alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil...“ **Statistisches Bundesamt** (2007).

relativ gering ist. Jedoch haben epidemiologische Untersuchungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland insbesondere im vergangenen Jahrzehnt zugenommen [14,15].

Zahlreiche internationale Studien zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten im westlichen Europa und Nordamerika weisen auf eine erhöhte Belastung hin [16-19], wobei insbesondere psychotische Störungen [20-22], oder auch die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [23] besonders prävalent sind. Weniger eindeutige Ergebnisse finden sich hingegen bezüglich des Auftretens depressiver Syndrome. Hier zeigten sich in Abhängigkeit von der Region und den untersuchten Migrantengruppen deutliche Unterschiede in der Häufigkeit und im Risiko an depressiver Symptomatik [24-26]. In Deutschland sprechen die bisher vorliegenden Befunde sowohl für [27] als auch gegen [28] einen Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiver Symptomatik. Zentral erscheint jedoch vor allem die Rolle sozialer Faktoren bei der Entstehung emotionaler Belastung und depressiver Syndrome bei Menschen mit Migrationshintergrund [16]. Die Mehrheit der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind ehemalige „Gastarbeiter“, Arbeitsmigranten, die in den späten 50er und 60er Jahren nach Deutschland kamen [1]. Die angeworbenen „Gastarbeiter“ waren körperlich und psychisch gesund, und sollten vor allem körperliche Arbeit verrichten. Personen mit Hochschulabschlüssen bzw. guter Bildung wurden zu dieser Zeit nicht angeworben. Daher haben viele der Einwandererfamilien einen geringen Sozialstatus und zum Teil dadurch bedingt geringere Ressourcen ihre Kinder insbesondere bei Aus- und Weiterbildungen entsprechend zu fördern bzw. zu unterstützen [29]. Zusätzlich trägt soziale Benachteiligung von Kindern von Menschen mit Migrationshintergrund und sozialschwachen Kindern im Schulsystem

zu geringeren Chancen für einen erfolgreichen Schul- und Ausbildungsabschluss bei [30,31]. In der Folge besteht für Einwandererkinder ein erhöhtes Risiko für einen niedrigen Sozialstatus und soziale Deprivation. So könnte insbesondere die soziale Position (geprägt durch Bildungsniveau und aktueller beruflicher Situation) einer Person bzw. deren sozioökonomischer Status ein entscheidender Mediator bei der Entstehung psychischer Belastung und respektive depressiver Symptomatik [32] bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sein. Bisherige Untersuchungen in Deutschland lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Bedeutung sozialer Risikofaktoren für den Zusammenhang zwischen psychischer Belastung bzw. depressiver Symptomatik und Migrationsstatus zu.

1.4. Zielstellung

Die Ziele der dargestellten wissenschaftlichen Arbeiten waren die Untersuchung des Auftretens und der Häufigkeit depressiver Symptomatik in bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und die Erfassung des Zusammenhangs zwischen emotionaler Belastung im Sinne von depressiver Symptomatik und einer Reihe von sozialen Risikofaktoren. Diese Fragestellungen wurden in drei Studien in unterschiedlichen Migrantensamples getrennt untersucht.

1.5. Methoden

Studie 1 In der ersten Untersuchung wurden Daten aus der ersten Befragungswelle des „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE), der 2004 in 11 europäischen Ländern durchgeführt wurde, herangezogen. Bei dieser Studie handelte es sich um eine repräsentative Querschnittstudie zur Gesundheit und sozioökonomischen Situation von Menschen im Alter ab 50 Jahren auf Länderebene

[33]. Die Daten der in Deutschland lebenden Teilnehmer (n=2941, davon n=539 Migranten) wurden ausgewertet [34]. Depressive Symptome wurden anhand der EURO-D-Skala erfasst, in der das Vorliegen von 12 depressiven Symptomen innerhalb des letzten Monats standardisiert erfragt wird [35]. Der Migrationsstatus wurde anhand des Geburtslandes der Studienteilnehmer erfasst. Als Migranten wurden Teilnehmer definiert, deren Geburtsland nicht Deutschland war. Daher wurden in dieser Studie ausschließlich Personen mit eigener Migrationserfahrung eingeschlossen. Eine Auswertung nach Migrationsland konnte nicht erfolgen, da in den Daten keine Informationen zum Geburtsland verfügbar waren. Daher sind Migranten unterschiedlicher Herkunft hier zusammengefasst. Als Einflussgrößen wurden neben Geschlecht, Familienstand bekannte Risikofaktoren für depressive Symptomatik im Alter (Activities of Daily Living (ADLs) – z.B. Essen; instrumental Activities of Daily Living (iADLs) – z.B. Einkaufen; chronische körperliche Erkrankungen), Prädiktoren für die kognitive Leistungsfähigkeit (Test der episodischen Gedächtnisleistung durch verzögerten Abruf einer 10-Wortliste) und soziale Faktoren (Bildungsstand, Beschäftigungsstatus und Nettonhaushaltseinkommen) betrachtet.

Studie 2 In der zweiten Studie wurde 2009 eine Stichprobe von insgesamt n=143 Personen (hiervon wiesen n=74 einen Migrationshintergrund auf) im Alter von 18 – 57 Jahre in einer Bevölkerungsbefragung in einem Berliner Bezirk zu ihrer psychischen Gesundheit untersucht [36]. Die Befragung erfolgte in zwei Teilen des Bezirkes Mitte (Gesundbrunnen und Wedding), der in Berlin zu den Regionen mit dem geringsten Sozialindex, der höchsten Armutsrate (23,0% in 2009), einer der höchsten Arbeitslosenraten (26,7% in 2008) und einer hohen Rate an Personen ohne Schul- oder Berufsabschluss (11% in 2008) zählt [37]. Depressive Symptome

wurden mittels des General Health Questionnaires-28 (GHQ-28) erfasst [38]. Das Instrument besteht aus 28 Fragen, die sich auf Beschwerden aus folgenden Bereichen beziehen: somatische Beschwerden, Angst/Insomnie, soziale Dysfunktion und schwere Depressivität. Der Migrationsstatus wurde, entsprechend der Definition von Migrationshintergrund, anhand des eigenen Geburtslandes oder dem der Eltern definiert. Personen, die selbst außerhalb Deutschlands geboren wurden, und mindestens ein Elternteil hatten, der keine deutsche Staatsbürgerschaft besaß oder deren Eltern im Ausland geboren wurden, wurden somit als Personen mit Migrationshintergrund definiert. Als soziale Risikovariablen wurden Bildungsstatus, Beschäftigungsstatus und Nettohaushaltseinkommen betrachtet.

Studie 3 In der dritten Untersuchung erfolgte die Befragung einer Stichprobe von insgesamt n=405 Frauen ohne Migrationshintergrund (n=200) und mit türkischem Migrationshintergrund (n=205) im Alter von 18 – 75 Jahre in der Stadt Berlin in der Zeit von 2010 bis 2011 [39]. Die Befragung war Teil einer berlinweiten Suizidpräventionsstudie bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund [40]. Depressive Symptome wurden ebenfalls anhand des GHQ-28 erhoben. Migrationsstatus wurde wieder entsprechend der Definition von Migrationshintergrund anhand des eigenen Geburtsortes oder dem der Eltern definiert. Als soziale Einflussvariablen wurden Bildungsstatus, Beschäftigungsstatus und Nettohaushaltseinkommen betrachtet. Eine zusammenfassende Übersichtsdarstellung der Stichprobeneigenschaften, der zentralen Variablen und der eingesetzten Instrumente findet sich in Tabelle 1.

In allen drei Studien erfolgte nach Prüfung der statistischen Grundbedingungen die Untersuchung von Gruppenunterschieden mittels Chi-Quadrat-Test und die Analyse des Einflusses der verschiedenen Risikofaktoren in multivariaten

Regressionsanalysen mittels der Statistischen Software STATA 10.1.

Tabelle 1 Übersichtsdarstellung der zentralen Variablen und verwendete Instrumente

	Studie 1	Studie 2	Studie 3
Studienpopulation	50+ Jahre	18 – 57 Jahre	18 -75 Jahre
Studienregion	Deutschland	Berliner Bezirksteile (Gesundbrunnen, Wedding)	Berlin
Migrantengruppe	- Migranten der ersten Generation	- Menschen mit Migrations- hintergrund (erste und zweite Generation)	- Frauen mit türkischem Migrations- hintergrund (erste und zweite Generation)
Depressive Symptomatik	EURO-D Skala	GHQ-28	GHQ-28
Bildungsstatus	ISCED ¹ Kategorien	ISCED Kategorien	ISCED Kategorien
Einkommensstatus	Haushaltsnetto- einkommen ²	Haushaltsnetto- einkommen	Haushaltsnetto- einkommen
Anteil unter der Armutsgrenze	nicht bestimmt	≤ €742/Monat vs. >€742/Monat ³	≤ €742/Monat vs. >€742/Monat ³
Sozialstatus (aggregierte Variable)	nicht bestimmt	nicht bestimmt	Gebildet aus Berufsstatus, Bildungsstatus und Einkommen
Berufsstatus	arbeitslos/ berufsunfähig vs. Rest	arbeitslos vs. Rest	arbeitslos vs. Rest
Familienstand	Alleinlebend (und alleinstehend) vs. Rest	Alleinlebend (und alleinstehend) vs. Rest	Alleinstehend vs. Rest

Anmerkungen: ¹ International Standard Classification of Education,

² Haushaltsnettoeinkommen adjustiert für Kaufkraftparität und Haushaltsgröße

³ Berechnungszeitraum 2009

1.6. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse getrennt nach den Studien dargestellt:

Studie 1 Ziel der Studie war die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen depressiven Symptomen und Migrationsstatus bei Personen im mittleren und

höheren Lebensalter in Deutschland. Relevante depressive Symptome (EURO-D ≥ 4 Punkte) fanden sich bei 536 Personen (20,8 %). In der Migrantengruppe zeigten 138 von 539 Migranten (27,8%) depressive Symptome, dagegen wiesen nur 398 der 2351 Nichtmigranten (19,2 %) ($\chi^2=21,84$; $p<0,001$) depressive Symptome auf. Des Weiteren gaben Menschen mit Migrationshintergrund fast alle häufiger Einzelsymptome an als Nichtmigranten. Hierbei zeigten sich insbesondere bezüglich der Symptome Hoffnungslosigkeit (35% höher), Konzentrationsstörung (30% höher), Appetitlosigkeit (27% höher) und Weinen (26% höher) deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. In der logistischen Regressionsanalyse ergab sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und relevanten depressiven Symptomen (EURO-D ≥ 4 Punkte) mit einer nicht-adjustierten Odds Ratio (OR) von 1,62 (95%-Konfidenzintervall [KI] 1,27–2,07). Auch in der für relevante körperliche und soziodemographische Risikofaktoren adjustierten Regressionsanalyse blieb dieser Zusammenhang bestehen, der Effektschätzer reduzierte sich auf eine adjustierte OR von 1,50 (95%-KI 1,11–2,01). Während weibliches Geschlecht, alleinlebend, zwei oder mehr chronische Erkrankungen, eine oder mehr Einschränkungen in ADL und iADL sowie zuvor behandelte Depression ebenfalls mit dem Auftreten depressiver Symptomatik assoziiert waren, zeigten hoher Bildungsstand und bessere Gedächtnisleistung eine Assoziation mit einer geringeren Prävalenz depressiver Symptome.

Studie 2 In dieser Studie erfolgte die Untersuchung des Auftretens psychischer Belastung (GHQ-28 ≥ 5 Punkte, cut-off für relevante psychiatrische Morbidität) in der Wohnbevölkerung einer sozial schwachen Region der Stadt Berlin. Des Weiteren sollten Unterschiede in der sozialen und psychischen Belastung von Menschen mit

Migrationshintergrund und Nichtmigranten dargestellt werden. Die Stichprobe wies einen ähnlich hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund (52,1%, n=74) und Ausländern (33,8%, n=48) auf wie die Wohnbevölkerung der untersuchten Stadtteile. Fast die Hälfte (47,3%, n=43) der Teilnehmer lebte unter der Armutsgrenze (\leq €742), etwas mehr als ein Drittel (37,8%, n=84) der Teilnehmer waren arbeitslos. Relevante psychische Belastung (GHQ-28 \geq 5 Punkte) fand sich bei fast der Hälfte der Teilnehmer (40,6%, n=58) und war mit geringerem Lebensalter (OR 0,95, 95%-KI 0,92–0,98), weiblichem Geschlecht (OR 3,51, 95%-KI 1,55–7,92) und alleinlebend (OR 3,88, 95%-KI 1,58–9,52), jedoch nicht mit Migrationsstatus, Bildungsstand oder aktueller beruflicher Situation assoziiert.

Studie 3 In dieser Studie erfolgte unter anderem die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und psychischer Belastung (GHQ-28) bei türkeistämmigen Frauen und Frauen ohne Migrationshintergrund in Berlin. In der gesamten Stichprobe waren 9,9%, n=39 arbeitslos, wobei sich hier kein Unterschied zwischen Türkeistämmigen und deutschen Frauen zeigte ($\chi^2=0,57$; $p=0,447$). Unterschiede fanden sich hingegen im durchschnittlichen Bildungsniveau und der ökonomischen Situation der Frauen. Signifikant mehr Frauen in der deutschen Gruppe hatten einen sekundären oder höheren Bildungsabschluss ($\chi^2=5,42$; $p=0,020$) und türkeistämmige Frauen lebten häufiger an oder unter der Armutsgrenze ($\chi^2=6,15$; $p=0,013$). Eine deutlich höhere durchschnittliche psychische Belastung fand sich bei Frauen, die aktuell arbeitslos waren (β 8,7, 95%-KI 3,6–13,8; $p=0,001$), die Belastung war in der Gruppe der Türkeistämmigen deutlich höher ($t(183)= - 2,575$; $p=0,011$). Höherer sozioökonomischer Status (bestehend aus Bildungsniveau, Berufsstand und Einkommen) war in der Gruppe türkeistämmiger

Frauen mit geringerer psychischer Belastung assoziiert, jedoch nicht in der Gruppe deutscher Frauen ($\beta = 3,2$, 95%CI $- 5,9 - - 0,5$; $p=0,020$ vs. $- 0,8$, 95%CI $- 2,7 - 1,2$; $p=0,431$). Weitere Analysen zeigten eine effektmodifizierende Wirkung von Beziehungsstatus auf diesen Zusammenhang. Eine für Beziehungsstatus stratifizierte Analyse zeigte, dass der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und psychischer Belastung nur bei alleinstehenden türkeistämmigen Frauen gültig war.

1.7. Diskussion

Zusammengefasst zeigte sich in allen drei Studien ein erhebliches psychisches Belastungsniveau in der Migrantengruppe unabhängig von Alter, Geschlecht und Untersuchungsregion. Wir fanden eine höhere Belastung an depressiven Symptomen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in Berlin im Vergleich zu den deutschen Vergleichsgruppen [34,39]. Auch in der Untersuchung eines sozialschwachen Bezirkes in Berlin zeigten Menschen mit Migrationshintergrund eine deutlich höhere psychische Belastung als bisherige Studien in der deutschen Allgemeinbevölkerung erwarten ließen [41]. Allerdings unterschieden sich in dieser Untersuchung Menschen mit Migrationshintergrund nicht von den Nichtmigranten [36]. Dieses Ergebnis ist im Einklang mit den Ergebnissen aus Studien zum Einfluss sozialer Ausgrenzung und Armut in anderen urbanen Zentren in Europa, die einen Zusammenhang zwischen niedrigem Gesundheitsstatus und geringem Sozialindex der Wohnregion zeigen konnten [42,43]. Damit bestätigen diese Ergebnisse die Studien, die eine mindestens gleiche bzw. höhere Belastung an depressiven Symptomen in Migrantengruppen in Deutschland fanden [27,44]. Ähnlich zeigte eine

weitere Auswertung der SHARE - Studie einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Migrationsstatus in der Mehrheit der europäischen Studienländer. Hierbei fand sich ein deutliches Nord-Südgefälle mit einem starken Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen, unabhängig von einer Vielzahl von Risikofaktoren. Dieser Effekt war insbesondere in Mittel- und Nordeuropa zu registrieren, nicht aber in den südeuropäischen Studienländern [45].

Die Untersuchungen der Frage nach dem Einfluss von sozialen Faktoren auf den Zusammenhang von Migrationsstatus und depressiven Symptomen lassen keine abschließende Aussage zu. So kamen die hier vorgestellten Untersuchungen zum Teil zu unterschiedlichen Ergebnissen. Studie 1 identifizierte höheres Bildungsniveau als protektiven Faktor und Migrationsstatus und ‚alleinlebend‘ als relevante Risikofaktoren [34]. Als bedeutende Risikofaktoren depressiver Symptomatik bei Menschen mit Migrationshintergrund werden häufig soziale Unterstützung und sozioökonomische Position diskutiert [46]. In unserer Analyse konnten jedoch diese Faktoren und auch die körperlichen Funktionseinschränkungen (gemessen an ADLs, iADLs und chronischen Erkrankungen) den Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen nicht hinreichend erklären. Allerdings könnten mit höherem Lebensalter auch Migrationserfolg, Trennung von Familie und Freunden im Geburtsland, oder auch Diskriminierungserfahrungen für Menschen mit Migrationshintergrund bedeutsame Risikofaktoren darstellen [23,47,48]. Diese konnten in unseren Studien nicht abgebildet werden und erfordern weiterführende Untersuchungen.

In der Studie 2 hatte bis auf den Faktor ‚alleinlebend‘ kein Indikator des Sozialstatus einen Effekt auf das psychische Belastungsniveau [36]. Jedoch war wie bereits

eingangs erwähnt das psychische Belastungsniveau in der gesamten Stichprobe weitaus höher als in der Allgemeinbevölkerung erwartet. Es lässt sich hier vermuten, dass das hohe psychische Belastungsniveau zum Teil mit dem niedrigen durchschnittlichen Sozialstatus assoziiert war. Das Ergebnis, das Nichtmigranten und Menschen mit Migrationshintergrund sich in dieser Stichprobe weder im Sozialstatus, noch im psychischen Belastungsniveau unterschieden, könnte ein Hinweis dafür sein, dass das in den anderen Untersuchungen gezeigte höhere psychische Belastungsniveau bei Menschen mit Migrationshintergrund zumindest zum Teil durch den Sozialstatus mediiert wird.

Ein Unterschied im sozialen Status zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund fand sich jedoch in Studie 3. Hier war Arbeitslosigkeit zwar in beiden Gruppen mit erhöhter psychischer Belastung verbunden, jedoch zeigte sich ein Zusammenhang zwischen geringerem gesamten sozialen Status und höherem psychischen Belastungsniveau nur in der Migrantengruppe [39]. Es zeigte sich darüber hinaus, dass dieser Zusammenhang nur für alleinlebende Frauen mit Migrationshintergrund galt. Hier wiederum könnte vermutet werden, dass gerade Frauen mit niedrigem Sozialstatus aus kollektivistischen (Familien-orientierten) Kulturen, die sonst durch den engen familiären Zusammenhang auch profitieren, unter erheblichem Druck stehen könnten, wenn diese unabhängig auf sich alleine gestellt sind [49,50].

Unsere Studienergebnisse geben zwar Hinweise auf eine höhere psychische Belastung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, jedoch werfen sie weitere Fragen nach der Rolle des Sozialstatus als möglichen Mediator für diesen Zusammenhang in unterschiedlichen Settings und Altersgruppen auf. Auch Faktoren, die bislang bei der Epidemiologie psychotischer Störungen diskutiert wurden, können

eine entscheidende Rolle für die Genese von depressiven Symptomen bei Menschen mit Migrationshintergrund spielen. So wurden u. a. Diskriminierung [51-53] oder die Dichte der ethnischen Minderheiten im Wohnbezirk [54,55] als mögliche Risikofaktoren für psychotische Störungen untersucht. Die aktuellen Ergebnisse sprechen zumindest zum Teil für einen Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf das psychische Belastungsniveau im Sinne depressiver Symptome bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und Menschen mit Migrationshintergrund in einem sozialschwachen Wohnbezirk in Berlin.

1.8. Referenzen

1. Bade KJ, Oltmer J. Zwischen Aus- und Einwanderungsland: Deutschland und die Migration seit der Mitte des 17. Jahrhunderts. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaften 2003;28:799-842
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: The 2012 Revision, New York, 2013.
3. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden 2006.
4. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden 2012.
5. Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Bundesgesundheitsbl 2012;55:1168-1175
6. Kirmayer LJ, Weinfeld M, Burgos G, Galbaud du Fort G, Lasry J-C, Young A. Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. Can J Psychiatry 2007;52:295-304
7. Penka S, Heimann HM, Heinz A, Schouler-Ocak M. Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. Eur Psychiatry 2008;23:36-42
8. Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. Symptom attribution in cultural perspective. Can J Psychiatry 1994;39:584-595
9. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Kirmayer LJ, Lepine JP, Lin KM, Tajima O, Ono Y. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 2001;62 Suppl 13:47-55
10. Walter U, Salman R, Krauth C, Machleidt W. Reaching migrants for preventive care: optimization of access and utilization. Psychiatr Prax 2007;34:349-353
11. Lloyd CE, Johnson MR, Mughal S, Sturt JA, Collins GS, Roy T, Bibi R, Barnett

- AH. Securing recruitment and obtaining informed consent in minority ethnic groups in the UK. *BMC Health Serv Res* 2008;8:68
12. Frayne SM, Burns RB, Hardt EJ, Rosen AK, Moskowitz MA. The exclusion of non-English-speaking persons from research. *J Gen Intern Med* 1996;11:39-43
 13. Aichberger MC, Yesil R, Rapp MA, Schlattmann P, Temur-Erman S, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Mundt A, Mösko M, Heinz A, Schouler-Ocak M. Surveying migrant populations – methodological considerations: An example from Germany. *Int J Cult Ment Health* 2012;6:81-96.
 14. Zeeb H, Razum O. Epidemiological research on migrant health in Germany. An overview. *Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2006;49:845-852
 15. Machleidt W, Sieberer M. From Kraepelin to a modern and integrative scientific discipline: The development of transcultural psychiatry in Germany. *Transcult Psychiatry* 2013
 16. Tinghog P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L. The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56:74-93
 17. Takeuchi DT, Zane N, Hong S, Chae DH, Gong F, Gee GC, Walton E, Sue S, Alegria M. Immigration-related factors and mental disorders among Asian Americans. *Am J Public Health* 2007;97:84-90
 18. Livingston G, Leavey G, Kitchen G, Manela M, Sembhi S, Katona C. Mental health of migrant elders--the Islington study. *Br J Psychiatry* 2001;179:361-366
 19. Kirkbride JB, Barker D, Cowden F, Stamps R, Yang M, Jones PB, Coid JW. Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *Br J Psychiatry* 2008;193:18-24
 20. Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:953-959
 21. Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:111-115
 22. Coid JW, Kirkbride JB, Barker D, Cowden F, Stamps R, Yang M, Jones PB. Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1250-1258
 23. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997;170:351-357
 24. Swinnen SG, Selten JP. Mood disorders and migration: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;190:6-10
 25. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med (1982)* 2009;69:246-257
 26. de Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman AJ, Gorissen WH, Schrier AC, Penninx BW, Komproe IH, Verhoeff AP. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:905-912
 27. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Harter M. Mental disorders in people with migration background compared with German general population. *Psychiatr Prax* 2010;37:225-232

28. Glaesmer H, Kallert TW, Brahler E, Hofmeister D, Gunzelmann T. The prevalence of depressive symptomatology in the German elderly population and the impact of methodical aspects on the identified prevalence. *Psychiatr Prax* 2010;37:71-77
29. Der Paritätische Gesamtverband. Bildungschancen von Migrantinnen und Migranten: Fakten – Interpretationen – Schlussfolgerungen. Der Paritätische Gesamtverband. 2010 (Accessed 12.06.2013 at http://www.migration.paritaet.org/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/SUBDOMAINS/migration/Dokumente/AB_In_die_Zukunft/bildungsinitiative_Daten.pdf&t=1384693970&hash=d5fb2e3f915e342f611c2b0f52e573dd03b24e24)
30. OECD. PISA 2009 Results: Overcoming Social Background – Equity in Learning Opportunities and Outcomes (Volume II). OECD. 2010. Accessed 30.01.2011 at <http://dx.doi.org/10.1787/9789264091504-en>)
31. BAMF. Working paper 13 - Schulische Bildung von Migranten in Deutschland. Nürnberg: Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge. 2008. (Accessed 17.06.2013 at <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp13-schulische-bildung.pdf?blob=publicationFile>)
32. Gavin AR, Walton E, Chae DH, Alegria M, Jackson JS, Takeuchi D. The associations between socio-economic status and major depressive disorder among Blacks, Latinos, Asians and non-Hispanic Whites: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies. *Psychol Med* 2010;40:51-61
33. Börsch-Supan A, Jürges H. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - Methodology. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, University of Mannheim. 2005
34. Aichberger MC, Neuner B, Hapke U, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Busch MA. Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2012;39:116-121
35. Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, Lawlor BA, Lobo A, Magnusson H, Fichter M, van Oyen H, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland JR. Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999;174:330-338
36. Mundt A, Kliewe T, Yayla S, Ignatyev Y, Busch MA, Heimann H, Heinz A, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Strohle A, Aichberger MC. Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. *Int J Soc Psychiatry* 2012
37. SenGesUmV. Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. 2008
38. Goldberg D, Hillier V. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-145
39. 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 Suppl 2:S10-16
40. Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Heredia Montesinos A, Heinz A. Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Das Studienkonzept. Prävention* 2010;33:62-64

41. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2004;47:736-744
42. Stafford M, Marmot M. Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? Int J Epidemiol 2003;32:357-366
43. Marmot M. The Marmot Review. 2010. (Accessed 22.02.2011 at <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>)
44. Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Montesinos AH, Koch E, Driessen M, Heinz A. Patients of immigrant origin in outpatient psychiatric facilities: a comparison between Turkish, eastern European and German patients. Psychiatr Prax 2010;37:384-390
45. Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Mundt A, Busch MA, Nickels E, Heimann HM, Strohle A, Reischies FM, Heinz A, Rapp MA. Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Eur Psychiatry 2010;25:468-475
46. Silveira ER, Ebrahim S. Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. Int J Geriatr Psychiatry 1998;13:801-812
47. Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove DM, Brooks R. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. Med J Aust 2006;185:357-361
48. Igel U, Brahler E, Grande G. The influence of perceived discrimination on health in migrants. Psychiatr Prax 2011;37:183-190
49. Dion KK, Dion LD. Gender and cultural adaptation in immigrant families. J Soc Issues 2001;57:511-521
50. Dasgupta SD. Gender roles and cultural continuity in the Asian Indian immigrant community in the U.S. Sex Roles 1998;38:953-974
51. Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. Int J Epidemiol 2007;36:761-768
52. van Dijk TK, Agyemang C, de Wit M, Hosper K. The relationship between perceived discrimination and depressive symptoms among young Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch. Eur J Public Health 2010;21:477-483
53. Noh S, Kaspar V. Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. Am J Public Health 2003;93:232-238
54. Schofield P, Ashworth M, Jones R. Ethnic isolation and psychosis: re-examining the ethnic density effect. Psychol Med 2011;41:1263-1269
55. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. Schizophr Bull 2010;36:655-664

2. Anteilserklärung

Marion Christina Aichberger hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: *Aichberger, M.C., Neuner, B., Hapke, U., Rapp, M.A., Schouler-Ocak, M., & Busch, M.A., Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 2012 (Impact Punkte: 1,618)*

Anteil: 70 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Auswertung der Ergebnisse, Schreiben des Manuskriptes

Publikation 2: *Mundt, A., Kliewe, T., Yayla, S., Ignatyev, Y., Busch, M. A., Heimann, H., Heinz, A., Rapp, M. A., Schouler-Ocak, M., Strohle, A. & Aichberger, M. C., Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. International Journal of Social Psychiatry, 2012 (Impact Punkte: 1.504)*

Anteil: 50 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Entwurf der Studie, Auswertung der Ergebnisse, Schreiben des Manuskriptes

Publikation 3: *Aichberger, M. C., Bromand, Z., Heredia Montesinos, A., Temur-Erman, S., Mundt, A., Heinz, A., Rapp, M. A. & Schouler-Ocak, M., Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German women living in Berlin, European Psychiatry, 2012 (Impact Punkte: 3.285)*

Anteil: 70 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Entwurf und Koordination der Studie, Befragung der Probanden, Auswertung der Ergebnisse, Schreiben des Manuskriptes

Marion C. Aichberger

Prof. Dr.med. Dr. phil. A. Heinz

Aichberger MC, Neuner B, Hapke U, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Busch MA. Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 2012;39(3):116-21.

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276936>

Schouler-Ocak M, Ströhle A, Aichberger MC. Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014;60(1):75-82.

<http://dx.doi.org/10.1177/0020764012464017>

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. *European Psychiatry*, 2012;27 Suppl 2:S10-6.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75702-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75702-4)

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

Liste der eigenen Publikationen in chronologischer Ordnung

Mundt A, Kliewe T, Yayla S, Ignatyev Y, Busch MA, Heimann H, Heinz A, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Ströhle A, Aichberger MC. (2014). Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. *Int J Soc Psychiatry*, 60(1):75-82.

Heredia Montesinos A, Heinz A, Schouler-Ocak M, **Aichberger MC**. (2013). Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology online*, 4:60-80.

Schouler-Ocak M, **Aichberger M**, Yesil R, Montesinos AH, Bromand Z, Temur-Erman S, Rapp M, Heinz A. (2013) Suicide Rates and Suicide Prevention in women of Turkish Origin in Berlin. *Gesundheitswesen*.

Busch MA, Neuner B, **Aichberger MC**, Hapke U, Riedel-Heller SG, Luppä M. (2013). Depressive Symptome und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Personen im mittleren und höheren Lebensalter. *Psychiatr Prax*, 40(4): 214-9.

Aichberger MC, Neuner B, Hapke U, Rapp MA, Schouler-Ocak M, & Busch MA (2012). Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatr Prax*, 39(3): 116-121.

Bromand Z, Temur-Erman S, Yesil R, Heredia Montesinos A, **Aichberger MC**, Kleiber D, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kastrup MC, Rapp MA. (2012). Mental health of Turkish women in Germany: resilience and risk factors. *Eur Psychiatry*, 27 Suppl 2: S17-21.

Aichberger MC, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Temur-Erman S, Mundt A, Heinz A, Rapp MA, & Schouler-Ocak M (2012). Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German women living in Berlin. *Eur Psychiatry*, 27 Suppl 2: S10-16.

Mammadova F, Sultanov M, Hajiyeva A, **Aichberger M**, Heinz A (2012). Translation

and adaptation of the Zung Self- Rating Depression Scale for application in the bilingual Azerbaijani population. *Eur Psychiatry*, 27 Suppl 2:S27-31.

Ignatyev Y, Assimov M, **Aichberger MC**, Ivens S, Mir J, Dochshanov D, Ströhle A, Heinz A, Mundt AP (2012). Psychometric properties of a Russian version of the General Health Questionnaire-28. *Psychopathology*, 45(4):252-8.

Mundt AP, **Aichberger MC**, Kliewe T, Ignatyev Y, Yayla S, Heimann H, Schouler-Ocak M, Busch M, Rapp M, Heinz A, Ströhle A (2012). Random sampling for a mental health survey in a deprived multi-ethnic area of Berlin. *Community Ment Health J*, 48(6):792-7.

Aichberger MC, Yesil R, Rapp MA, Schlattmann P, Temur-Erman S, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Mundt A, Mösko M, Heinz A, Schouler-Ocak M (2012). Surveying migrant populations – methodological considerations: An example from Germany. *International Journal of Culture and Mental Health*, 6(2), 81-96.

Mundt AP, **Aichberger MC**, Kliewe T, Yayla S, Ignatyev Y, Mir Y, Schouler-Ocak M, Busch M, Heimann H, Rapp M, Heinz A, Ströhle A (2012). Psychische Symptome und Substanzkonsum von Migranten in einem sozial schwachen Stadtteil von Berlin. *Psychotherapeut*, 57 (1), 29-35.

Aichberger MC, Neuner B, Hapke U, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Busch M (2012). Association Between Migrant Status and Depressive Symptoms in the Older Population in Germany *Psychiatr Prax.* 39(3):116-21.

Mundt AP, **Aichberger MC**, Fakhridinov S, Fayzirahmanova M, Grohmann R, Heinz A, Ivens S, Magzumova S, Sartorius N, Ströhle A (2012). Prescription patterns of patients diagnosed with schizophrenia in mental hospitals in Tashkent/Uzbekistan and in four German cities. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, 21(2):145-51.

Mundt AP, Fakhridinov S, Fayzirahmanova M, **Aichberger MC**, Ivens S, Schouler-Ocak M, Grohmann R, Magzumova S, Heinz A, Sartorius N, Ströhle A (2011). Use of

psychiatric inpatient capacities and diagnostic practice in Tashkent/Uzbekistan as compared to Berlin/Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(12):1295-302.

Heredia Montesinos A, Bromand Z, **Aichberger MC**, Temur-Erman S, Yesil R, Rapp M, Heinz A, Schouler-Ocak M (2010). Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* (58):3, 173-197.

Schouler-Ocak M, **Aichberger MC**, Heredia-Montesinos A, Heinz A (2010). Suizidraten und Suizidprävention bei Berliner Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Das Studienkonzept. *Prävention*, 33(2):62-4.

Aichberger MC, Busch M, Reischies FM, Ströhle A, Heinz A, Rapp MA (2010). Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up. Longitudinal results from the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE). *GeroPsych*, 23(1):7-15.

Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Busch M, Mundt A, Heimann H, Nickels E, Ströhle A, Reischies FM, Heinz A, Rapp MA. Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25(8):468-75.

Schouler-Ocak M, **Aichberger MC**, Heredia Montesinos A, Bromand Z, Rapp MA, Heinz A. New procedures for recognition and differentiation of depression in immigrants. Case report of a patient with Turkish immigrant background. *Nervenarzt*, 81(7):873-7.

Majic T, Pluta JP, Mell T, **Aichberger MC**, Treusch Y, Gutzmann H, Heinz A, Rapp MA. The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Dtsch Arztebl Int*, 107(18):320-7.

Schouler-Ocak M, Schepker R, Bretz HJ, Hartkamp N, Koch E, Penka S, Hauth I, Rapp MA, **Aichberger MC**, Heinz A. Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. Differences between first and second generation: nationwide

questionnaire of the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Nervenarzt*, 81(1):86-94.

Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Rapp MA, Heinz A (2008). Transcultural aspects of depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(4):436-42.

BUCHKAPITEL

Aichberger MC. Rates of suicidal behavior in immigrants and ethnic minorities in Europe. In: Van Bergen, Heredia Montesinos, Schouler-Ocak (eds.). Suicidal behaviour of immigrants and their descendants in Europe. 2014. Göttingen: Hogrefe, pp 13-24.

Aichberger MC. Epidemiologie der Demenz weltweit. In: Matter, Piechotta-Henze (eds). Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. 2012. Berlin: Schibri-Verlag, pp 16-21.

Aichberger MC, Rapp MA. Migranten im Alter. In: Machleidt, Heinz (eds). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie, Migration und psychische Gesundheit. 2010. München: Elsevier. pp.271-276.

Assion H-J, Stompe T, **Aichberger MC**, Calliess IT. Depressive Störungen. In: Machleidt, Heinz (eds). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie, Migration und psychische Gesundheit. 2010. München: Elsevier. pp 321-332.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Marion Christina Aichberger versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Soziale Determinanten depressiver Symptomatik bei Menschen mit Migrationshintergrund 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) 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 Betreuer, 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.“

13.12.2013

Marion Christina Aichberger

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei vielen Personen bedanken, die mich bei der Durchführung der Untersuchungen und der Erstellung dieser Arbeit sehr unterstützt haben. Andreas Heinz danke ich für die Betreuung und Begutachtung meiner Arbeit. Seine Anregungen und kritischen Kommentare in den vergangenen Jahren haben zum guten Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Besonders möchte ich Meryam Schouler-Ocak für Ihre Unterstützung während der Durchführung aller Untersuchungen und dem Verfassen der Arbeiten danken. Sie stand mir immer mit Rat und Tat zu Seite und verstand es mich in den richtigen Momenten zu motivieren. Herzlichen Dank! Mein Dank gilt auch Michael Rapp, der mir bei vielen methodischen Fragen hilfreich zur Seite stand. Außerdem danke ich Rahsan Yesil, Zohra Bromand, Selver Temur-Erman, Amanda Heredia Montesinos und Adrian Mundt, Julia Klima, Jinhi Son und Nilufar Mossaheb für ihre kritischen Kommentare und die unzähligen Male der konstruktiven Diskussion der Thematik. Des Weiteren möchte ich mich natürlich für das Vertrauen und die bedingungslose Unterstützung bei meiner Mutter Helga und meinem Partner Christof bedanken. Zuletzt möchte ich meinem Sohn Oskar danken, der mir mit seiner sonnigen Natur die Energie gab diese Arbeit fertig zu stellen.