

Aus dem Institut/der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
am Campus Charité Mitte
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Flucht und Migration:
Psychische Symptombelastung und Behandlungsoptionen

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Johanna Winkler
aus Berlin

Datum der Promotion: 04.06.2021

Inhaltsverzeichnis:

Inhaltsverzeichnis:

- Zusammenfassung:
 - Abstract (Deutsch) _____ Seite 3
 - Abstract (Englisch) _____ Seite 4
- 1. Einführung Seite _____ Seite 5
 - 1.1 Fragestellung Studie 1 _____ Seite 8
 - 1.2 Fragestellung Studie 2 _____ Seite 8
 - 1.3 Fragestellung Studie 3 _____ Seite 9
- 2. Methodik _____ Seite 9
 - 2.1 Methodik Studie 1 _____ Seite 9
 - 2.2 Methodik Studie 2 _____ Seite 10
 - 2.3 Methodik Studie 3 _____ Seite 10
- 3. Ergebnisse _____ Seite 11
 - 3.1 Ergebnisse Studie 1 _____ Seite 11
 - 3.2 Ergebnisse Studie 2 _____ Seite 12
 - 3.3 Ergebnisse Studie 3 _____ Seite 14
- 4. Diskussion _____ Seite 14
- 5. Literaturverzeichnis mit Angabe aller Autoren _____ Seite 19
- Eidesstattliche Versicherung _____ Seite 31
- Anteilserklärung _____ Seite 32
- Druckexemplare der ausgewählten Publikationen _____ Seite 34
 - 1. Publikation 1 _____ Seite 34
 - 2. Publikation 2 _____ Seite 42
 - 3. Publikation 3 _____ Seite 51
- Lebenslauf mit Unterschrift _____ Seite 56
- komplette Publikationsliste _____ Seite 58
- Danksagung _____ Seite 60

Flucht und Migration: Psychische Symptombelastung und Behandlungsoptionen

Abstract

Hintergrund

Migration und Fluchtbewegungen nehmen weltweit zu. Bei Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund werden von einigen Studien hohe psychische Krankheitsprävalenzen sowie höhere oder differierende Symptomausprägungen als bei Einheimischen beschrieben. Die Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren und sozioökonomischen sowie psychosozialen Belastungen, kulturellem Hintergrund und psychischer Symptomatik, Erkrankung und Behandlung sind noch nicht ausreichend untersucht. Unsere Untersuchungen sollen - bezogen auf diese Faktoren - zu einem besseren Verständnis von Unterschieden zwischen Menschen mit und ohne Migrations- und Fluchthintergrund beitragen.

Methodik und Ergebnisse

Diese Dissertation nimmt Bezug auf drei unterschiedliche Untersuchungen:

In der ersten Studie untersuchten wir soziodemographische, diagnostische und behandlungsspezifische Unterschiede zwischen Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund in einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Wir konnten erhebliche soziodemographische und klinische Unterschiede zwischen Patient*innen kulturell unterschiedlicher Herkunft belegen.

In der zweiten Studie interviewten wir Betroffene in repräsentativ ausgewählten Wohneinrichtungen für Asylsuchende in Berlin mithilfe von Fragebögen, um ihre Wahrnehmung der aufenthaltsrechtlichen Situation, des Asylverfahrens, der Lebensbedingungen sowie der angebotenen Hilfs- und Integrationsmaßnahmen, ihre Wünsche und ihre psychischen Symptombelastungen zu erfassen. Wir konnten testpsychologisch bei 74,6% der Befragten eine krankheitswertige psychische Symptomatik bestätigen. Es bestanden signifikante Zusammenhänge zwischen Krankheitssymptomatik und sowohl Wohnsituation als auch Aufenthaltsstatus einerseits, und andererseits zwischen depressiver Symptomatik und Wahrnehmung des Asylverfahrens sowie bestehender Hilfs- und Integrationsangebote.

In der dritten Untersuchung erhoben wir retrospektiv psychiatrische Diagnosen und die Häufigkeit der Behandlungstermine mit und ohne Einsatz eines professionell

Dolmetschenden für Geflüchtete im ersten Jahr nach Asylantrag, die im Quartal I/2016 in einer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden, und errechneten daraus Kosten für Übersetzungsleistungen von durchschnittlich 44,99 Euro (21,00 bis 56,82 Euro) pro Patient*in und Quartal.

Diskussion

Unsere Daten machen die erhebliche psychische Belastung Asylsuchender deutlich und beleuchten die soziodemographischen und klinischen Unterschiede zwischen Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund. Sie verdeutlichen, dass diese Unterschiede in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden sollten. Eine gesetzliche Regelung der Finanzierung des professionellen Dolmetschens als Teil der Krankenbehandlung scheint unabdingbar.

Flight and Migration – Psychiatric Symptoms and Treatment Options

Abstract

Background

Migration is increasing worldwide. Individuals with a migrant background show a higher prevalence of mental illness as well as differences in psychiatric symptoms, compared to people without a migrant background. Interactions between sociodemographic and socioeconomic factors as well as psychosocial burdens, cultural background, illness and therapy, have not been investigated sufficiently. Our studies seek a better understanding of these factors.

Methods and Results

The first study measured sociodemographic differences, as well as differences in clinical variables between psychiatric outpatients with and without migration background in a large psychiatric outpatient unit. We found significant sociodemographic and clinical differences.

In the second study, we interviewed asylum seekers in selected shelters, assessing their views on their legal situations, asylum procedures, living conditions, supporting and integrative activities, their wishes, and their psychiatric symptom load. 74.6% of asylum-seekers had a high psychiatric symptom load. We showed significant correlations between psychiatric symptoms and housing and legal status, as well as between depressive symptoms and the asylum process, and opportunities for support and integration.

The third project investigated diagnoses of mental disorders and treatment frequencies with and without interpreter retrospectively by reviewing archived data of all patients in their first year of applying for asylum in Germany. From this we calculated interpreter costs of 44.99€ (21.00 to 56.82€) per patient over 3 months.

Discussion

Our results emphasize the relevance of mental health issues among refugees and immigrants. The findings show that these differences should be considered in psychiatric-psychotherapeutic treatment of these patients. A legal framework for regulation of costs for professional interpreters facilitating these therapies is indispensable.

1. Einführung

Migration ist ein weltweit verbreitetes Phänomen, wobei sich allein die Fluchtbewegungen in den letzten 10 Jahren nahezu verdoppelt haben [1]: 2018 waren weltweit 70,8 Mio Menschen auf der Flucht aus ihrem Heimatland oder ihrer Heimatregion [2]. Doch nicht nur Flucht und Vertreibung führen zu Migration, sondern auch Veränderungswille, z.B. im Rahmen der Arbeits- oder Heiratsmigration. Aktuellen Schätzungen der UN zufolge lebten 2018 weltweit 244 Millionen Menschen – oder 3,3% der Weltbevölkerung - in Staaten, die nicht ihre Herkunftsstaaten waren [3].

Zu diesem Zeitpunkt gehörten die USA, Saudi Arabien und Deutschland zu den drei häufigsten Zielstaaten für Migration [2]. In Deutschland lebten Ende 2018 20,8 Mio. (25,5 %) Menschen mit Migrationshintergrund [4], in Berlin 1,3 Mio. (34,1%) [5]. Themen wie Migration, Krankheit und Resilienz im Migrationsprozess sowie Integration sind also nicht nur weltweit, sondern auch für Deutschland und Berlin sehr aktuell.

Migration ist ein vulnerabler Prozess und kann erheblichen psychosozialen Stress verursachen [6-8]. Sie beinhaltet Veränderungen einiger Grundvariablen des Lebens: Wechsel von wirtschaftlichen und geographischen Gegebenheiten, von Lebensrhythmen (Jahreszeiten, Tagesabläufe) und damit einhergehenden gewohnten Verhaltensweisen. Veränderte Rollenverständnisse und identitätskonsolidierende Bräuche im Alltag und bei Lebensereignissen (Verlobung, Heirat, Kindererziehung z.B.) können durch ihre kulturell andere Ausgestaltung in hohem Maße irritieren und verunsichern [9, 10]. Im Umgang mit der eigenen Kultur im Gastland werden unterschieden: kulturelle Isolation im Aufnahmeland (Segregation), die Aufgabe der

eigenen Kultur - entweder im Kontakt zur Kultur des Gastlandes (Assimilation) oder ohne diesen Kontakt (Marginalisierung) -, sowie die weitgehende Beibehaltung der eigenen Kultur im Kontakt und Austausch mit der Mehrheit der umgebenden Bevölkerung (Integration). Dabei wird die Entwicklung eines integrierenden Akkulturationsstils als wesentlich für psychisches Wohlbefinden und Selbstzufriedenheit beschrieben [11].

Fluchtursache und Integrationsstil sind zwei der Faktoren, die psychische Erkrankungen beeinflussen können. Für Menschen mit Migrationshintergrund sind in einigen Studien höhere Prävalenzen für psychische Erkrankungen [12-14] beschrieben, in anderen Untersuchungen Krankheitsprävalenzen ähnlich denen der Allgemeinbevölkerung im Aufnahmeland, jedoch mit höherer Symptomlast [15, 16]. Manche Studien berichten nicht oder nicht nur von einer höheren psychischen Erkrankungsrate für die Migrierten selbst, also die 1. Generation, sondern insbesondere für die Folgegenerationen, die 2. und 3. Generation im Aufnahmeland [17-20].

Es werden erhebliche soziodemographische Unterschiede zwischen psychiatrischen Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund beschrieben [21], differierende psychische Krankheitsprävalenzen und / oder -symptomatik werden diskutiert [22-25]. Es fehlen jedoch Untersuchungen, in welchem Zusammenhang die unterschiedlichen Krankheitsprävalenzen und die differierenden soziodemographischen Realitäten stehen, und wie diese beiden Faktoren wiederum im Zusammenhang mit der Behandlung stehen.

Unterschiedliche Migrierten haben differierende Krankheitsprävalenzen, wobei Geflüchtete und Asylsuchende einer besonders vulnerablen Kategorie angehören [26]. Für sie werden besonders hohe Erkrankungsraten beschrieben; z.T. lediglich für PTSD [27] in anderen Studien auch für andere psychische [28-30] und somatische Erkrankungen [31, 32].

Es wird diskutiert, ob der Migrationsprozess selbst der wesentliche Risikofaktor für das häufigere Auftreten psychischer Erkrankungen ist [13], oder ob die beobachteten soziodemographischen Unterschiede zur Bevölkerung im Zielland dafür verantwortlich sind, wie z.B. Bildungsgrad, niedrigeres finanzielles Einkommen oder geringere soziale

Integration [33, 34]. In einer Studie wurde erlebte Folter als einziger statistisch signifikanter Risikofaktor für psychische Erkrankung Geflüchteter beschrieben [35], in einer anderen Studie wurde für den Aufenthaltsstatus eine ebenso hohe Signifikanz festgestellt [36, 37], weitere Studien beschreiben andere Postmigrationsfaktoren mit signifikantem Zusammenhang zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen [30, 32, 38-41]. Während diese unterschiedlichen Zusammenhänge von psychischer Symptomatik und psychosozialer Situation diskutiert werden, fehlen bislang Untersuchungen zum subjektiven Erleben des Asylprozesses – und dieses Erlebens in Zusammenhang mit psychischer Symptomatik.

In einer statistischen Untersuchung in Dänemark war insbesondere die Flucht in eine fremde Kultur im Vergleich zum Nachzug zu einem kulturell ja nahen Familienmitglied mit einer signifikant höheren Prävalenz von psychischen Erkrankungen assoziiert. Das Gefühl, dazuzugehören, „belonging“, scheint für die Resilienz einen wesentlichen Faktor zu spielen [42, 43]. Das Risiko zu erkranken, sei umso höher, je isolierter sich die Betroffenen fühlten und je größer die Distanz zur Herkunftsgesellschaft erlebt werde [31, 44-46]. – Insofern bestanden für Geflüchtete in Deutschland im Untersuchungszeitraum im Vergleich zu den Vorjahren deutlich differierende Bedingungen, da von der Zivilbevölkerung beträchtlich mehr integrierende soziale Unterstützung angeboten wurde [47-49]. Wie professionelle und diese ehrenamtliche soziale Unterstützung von den Betroffenen wahrgenommen wird, und ob diese dann die Prävalenz für psychische Krankheitssymptomatik bei Asylsuchenden beeinflusst, ist in Deutschland bislang noch nicht erfasst.

Für neu migrierte erkrankte Menschen wird der Zugang zur Behandlung durch mehrere Zugangsbarrieren (ungenügender Versicherungsstatus, Sprachbarrieren) erschwert [50-52]. Insbesondere Sprachbarrieren können zu therapeutischer Ungleichbehandlung führen [53, 54], wie mehrere Studien belegen: Sprachunkundige Patient*innen werden eher abgewiesen [53]. Die Gefahr von Fehldiagnosen steigt, der Einsatz von Dolmetscher*innen ist für eine sichere Diagnosestellung unabdingbar [55-58]. Auch für eine therapeutische Beziehung ist bei Sprachdifferenzen eine professionelle Sprachmittlung durch spezifisch geschulte Dolmetscher*innen entscheidend [59], die Behandlung ändert sich mit dem Dolmetschereinsatz positiv [60]. Für somatische Erkrankungen wurde in einem systematischem Review beschrieben, dass

sprachkundige Patient*innen, denen in der Behandlung professionell gedolmetscht wurde, bei Entlassung aus der stationären Behandlung relativ gesünder waren als diejenigen, die keine professionelle Sprachmittlung erhalten hatten [61]. Eine Kohorten-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass professionelle Sprachmittler*innen bei Sprachdifferenz für adäquate Diagnosestellung und Therapie erforderlich sind [62]. In diesem Zusammenhang wurde berichtet, dass der Face-to-Face-Einsatz von Sprachmittler*innen nicht durch eine Sprach-App ersetzt werden kann [63]. Demnach kommt der Gewährleistung der interkulturellen Kommunikation eine große Bedeutung zu [64]. Der Einsatz professioneller Sprachmittlung erfordert in Deutschland erheblichen organisatorischen und finanziellen Aufwand von der behandelnden Einrichtung [62, 65]. Wie hoch der finanzielle Aufwand durchschnittlich ist, wurde von uns erstmals untersucht.

Um mehr Einblicke in die psychische Gesundheit von Patient*innen mit und ohne Migrations- oder Fluchthintergrund zu gewinnen, haben wir die Inanspruchnahmepopulation einer psychiatrischen Institutsambulanz untersucht und relevante neue Daten gefunden. Zudem haben wir in einer repräsentativen Studie Symptombelastungen bei Geflüchteten und Asylbewerber*innen erfasst und diese mit Inanspruchnahmeverhalten und Integration in Verbindung gesetzt. Auch hier bestand eine Forschungslücke. Ferner haben wir die Daten über die Kosten für den Einsatz von Dolmetscher*innen erhoben und damit einen wesentlichen Informationsbedarf befriedigt. Im Rahmen der vorgelegten Dissertation werden diese Studien vorgestellt und diskutiert werden:

1.1 Studie 1: „Klinische und soziodemographische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in einer Psychiatrischen Institutsambulanz“. - *Fragestellung:* Bestehen Unterschiede bezüglich soziodemographischer Daten, aktueller Lebenssituation, Diagnosen, Symptomschwere, Behandlung und Adhärenz bei Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und in welchem Zusammenhang stehen diese miteinander?

1.2 Studie 2: „Psychische Symptombelastung bei Asylbewerbern und Identifikation von Belastungsfaktoren unter besonderer Berücksichtigung des Aufenthaltsstatus“. -

Fragestellung: Wie hoch ist die Prävalenz psychischer Krankheitssymptomatik bei Asylsuchenden 2015/16 in Berlin? Wie werden die Postmigrationsstressfaktoren von Asylsuchenden selbst wahrgenommen, und in welchem Zusammenhang stehen sie zur Krankheitssymptomatik?

1.3 Studie 3: „Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin“. - *Fragestellung:* Welche diagnostischen Zuordnungen hatten die Patient*innen mit Fluchthintergrund in der PIA, die über das Asylbewerber-Leistungsgesetz behandelt wurden? Wie hoch waren die Übersetzungskosten pro Patient*in und in Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose?

2. Methodik

2.1 Studie 1: In der dem Artikel „Klinische und soziodemographische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in einer Psychiatrischen Institutsambulanz“ zugrunde liegenden und von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin genehmigten Studie luden wir 700 der in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Charité im St. Hedwig Krankenhaus im Quartal II / 2015 behandelten Patient*innen ein, Fragebögen mit soziodemographischen (Alter, Geschlecht, Aufenthaltsrechtlicher Status, Migrationshintergrund, Familienstand, erlerntem Beruf, etc.) und klinischen Fragen (symptom checklist 14, sowie Fragen zu Erkrankungsdauer und stationärer Vorbehandlung) zu beantworten. Die Fragebögen wurden auf Deutsch, Englisch, Französisch, Türkisch, Farsi, Arabisch und Russisch angeboten. Leseunkundige oder anderssprachige Befragte wurden bei der Bearbeitung der Fragebögen unterstützt. Die Daten wurden durch in der Praxissoftware der Ambulanz gespeicherte Daten sowie die von den behandelnden Ärzt*innen nach ICD-10 gestellten Diagnosen und die aktuelle Medikation ergänzt. Lediglich die ausreichend ausgefüllten Fragebögen wurden ausgewertet.

Die statistische Auswertung erfolgte mittels SSPS (Statistical Package for the Social Sciences), Version 23.0. und mittels Chi-Quadrat, Fishers-Exact-Test (nominalskalierte Daten) oder Kruskal-Wallis-Test (intervallskalierte Daten, da diese nicht normalverteilt waren), Abschließend wurden Einzelvergleiche zwischen Patient*innen mit und ohne

Migrationshintergrund durchgeführt. Eine Korrektur für multiples Testen erfolgte nicht, da die Daten explorativen Charakter haben.

2.2 Studie 2: In der dem Artikel „Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus“ zugrunde liegenden und von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin genehmigten Studie luden wir alle diejenigen Erwachsenen (18+) ein, die in unserem jeweiligen Befragungszeitraum in den Quartalen III / 2015 bis I / 2016 in einer der von uns gewählten repräsentativen Flüchtlingsunterkünften wohnten, mehrere Fragebögen auszufüllen. Dazu gehörte ein soziodemographischer Fragebogen nach Rana-Deubna, modifiziert und um aufenthaltsrechtlich relevante Fragen ergänzt; die „Post Traumatic Scale“, ergänzt durch Items des „Harvard Trauma Questionnaire“; die „Hopkins-Symptom Checkliste 25“ für Angst und Depression; Skala 8 der „Symptom Checkliste 90®“ (SCL-Somatisierung); sowie die Skala „Quality of Life“ des EUROHIS. Alle Instrumente wurden auf Englisch, Französisch, Bosnisch/Serbisch, Albanisch, Persisch, Arabisch und Russisch angeboten. Während der Befragung wurde eine Unterstützung durch geschulte Muttersprachler*innen gewährleistet. Bei Wunsch wurde eine Behandlungsmöglichkeit vermittelt.

Die Daten wurden mittels PSCP 1.3 und SPSS 24.0 analysiert und berechnet. Dabei ermittelten wir die statistisch vergleichbaren intervallskalierten Mittel- bzw. T-Werte ebenso wie die nominalen Werte „krankheitswertige Symptombelastung <liegt vor> – <liegt nicht vor>“ bzw. „<Ja> – <Nein>“.

Erstere wurden mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson berechnet, bei den intervallskalierten Werten erfolgte ein zweiseitiger T-Test oder eine Varianzanalyse ANOVA mit anschließendem posthoc-Test nach Bonferroni bei Inhomogenität gemäß Levene-Test. Auf eine weitere Korrektur für multiples Testen wurde aufgrund des explorativen Charakters der Studie verzichtet.

2.3 Studie 3: In der dem Artikel „Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin“ zugrunde liegenden Untersuchung analysierten wir retrospektiv die Daten der von uns in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Charité im St. Hedwig Krankenhaus im Quartal I/2016

behandelten und über das Asylbewerbergesetz versicherten Patient*innen bezüglich der Behandlungsdiagnosen, der ärztlichen Einzelgespräche und der dabei erfolgten Einsätze von Dolmetscher*innen. Die Werte wurden der Ambulanzsoftware entnommen und mittels Excel 2011 errechnet.

3. Ergebnisse

3.1 Studie 1: Die von uns in der Studie „Klinische und soziodemographische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in einer Großstadt“ befragten Patient*innen (N=700) beantworteten zu 60,4 % (N=423) die ausgegebenen Fragebögen. Mehr als die Hälfte (53,7%, N=227) hatte einen Migrationshintergrund, nahezu die Hälfte von diesen (26,2%, N=111) einen türkischen. Personen mit Migrationshintergrund hatten im Vergleich zu einheimischen Patient*innen ein anderes demographisches Umfeld und in nahezu allen erfragten Testskalen eine höhere Symptombelastung. Am häufigsten befanden sich Patient*innen aus dem Mittleren Osten, Nordafrika, Pakistan oder Afghanistan im Asylverfahren (76,8%; N=33), seltener die mit osteuropäischem oder russischem (23,1%; N=9) oder die mit türkischem Migrationshintergrund (4,5%; N=5). Befragte aus dem Mittleren Osten, Nordafrika, Pakistan und Afghanistan gaben mit 18,6 (SD=5,8), Befragte aus Osteuropa oder Russland mit 19,1 (SD=6,6) signifikant mehr oder schwerere depressive Symptome an (MW=16,8; SD=6,4; $p=,038$). Im Subgruppenvergleich wurde deutlich, dass depressive türkische im Vergleich zu deutschen Patientinnen signifikante soziodemographische Unterschiede aufwiesen und signifikant mehr somatische und Angstsymptome angaben, die Ausprägung der depressiven Symptomatik jedoch ähnlich war. Sehr ähnliche soziodemographische Daten bestanden bei Menschen ohne und bei solchen mit europäischem und nordamerikanischem Migrationshintergrund – bis auf den höheren Bildungsstandard, bei denen mit solchem Migrationshintergrund vorlag.

Während für die einheimischen Patient*innen durch die Behandelnden signifikant häufiger Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen ($p<,001$), oder dem der schizophreniformen Erkrankungen ($p=,040$) vergeben worden waren, hatten Patient*innen mit Migrationshintergrund signifikant häufiger eine neurotische, belastungsabhängige oder somatoforme Diagnose erhalten ($p<,001$). Persönlichkeitsstörungen waren mit 23,5% (N=46) bei Studienteilnehmer*innen ohne

und mit 20.5% (N=8) bei solchen mit osteuropäischem Migrationshintergrund am häufigsten ($p < 0,001$). Bei Patient*innen mit Migrationshintergrund aus dem Mittleren Osten, Nordafrika, Pakistan und Afghanistan fanden sich in unserer Stichprobe keine mit Persönlichkeits-, Ess- oder Autismusspektrum-Störungen, mit Intelligenzminderungen oder Schizophrenien.

Bezüglich der Behandlung bestanden signifikante Unterschiede in der Verordnung von Antidepressiva ($p = ,003$) und von Stimmungsstabilisatoren ($p = ,020$), sowie in der Häufigkeit bereits erfolgter stationärer Behandlungen ($p < ,001$). Zudem waren insgesamt 62,7% (N=133) der Patient*innen mit Migrationshintergrund der deutschen Sprache soweit mächtig, dass die Behandlung überwiegend oder vollständig auf Deutsch stattfinden konnte.

3.2 Studie 2: Die von uns in der Studie „Psychische Symptombelastung bei Asylbewerbern und Identifikation von Belastungsfaktoren unter besonderer Berücksichtigung des Aufenthaltsstatus“ in ihrer Wohneinrichtung befragten Geflüchteten (N=650) beantworteten zu 76,3% (N=496) vollständig die eingesetzten Fragebögen. Sie wiesen bezogen auf Herkunftsländer, Alter (MW=30,58; SD 9,98) und Geschlecht (74,8% Männer, 25,2% Frauen, 0,0% anderes) ähnliche soziodemographische Parameter auf wie die vom BAMF für die im selben Zeitraum deutschlandweit Registrierten [66]. Testpsychologisch bestand eine sehr hohe Symptombelastung mit krankheitswertigen Daten in den Bereichen Angst (52,3%; N=289), Depression (61,3%; N=350), PTSD (41,7%; N=216) und Somatisierung (47,8%; N=259). 74,6% (N=370) gaben für zumindest eine der abgefragten Symptomkomplexe eine testpsychologisch krankheitswertige Symptombelastung an, bei über der Hälfte (57,3%, N=284) bestanden krankheitswertige Symptome in mehr als einem der genannten Symptombereiche. Besonders relevant erschienen die hohen Raten von in den letzten 8 Tagen vor der Befragung aufgetretenen Suizidgedanken (17,5%, N=101). Es bestand ein geringer Behandlungswunsch: Lediglich jede*r zehnte Befragte (10,5%, N=68) bat um eine Vermittlung in psychiatrische Behandlung, 7,4% (N=48) lehnten eine aufgrund der Schwere der Symptomatik vertraulich angebotene Vermittlung ab.

Die von uns Befragten lebten etwa zu jeweils einem Viertel in vier qualitativ unterschiedlichen Arten von Unterkünften, die sich bezüglich der Privatsphäre, Freiheit und Selbständigkeit, der sozialen Unterstützung sowie in der Möglichkeit zur Gestaltung des Lebensalltags unterschieden. Es bestanden signifikante Zusammenhänge zwischen Unterkunft und subjektiv empfundener Lebensqualität ($p < ,001$), Angstsymptomatik ($p = ,009$; ANOVA), depressiver Symptomatik ($p = ,006$; ANOVA) und höherer Beeinträchtigung durch PTSD-Symptomatik ($p = ,047$; χ^2 -Test).

Weiter bestanden signifikante Zusammenhänge zwischen dem aktuellen Aufenthaltsstatus und psychischer Symptombelastung: Befragte mit Grenzübertrettsbescheinigung hatten signifikant schlechtere Mittelwerte der depressiven Symptomatik als Befragte mit Aufenthaltserlaubnis (0,75, 95-CI[.26, 1,24], $t(89) = 3,05$, $p = ,003$) oder mit Aufenthaltsgestattung (0,69, 95-CI[.19, 1,18], $t(227) = 2,73$, $p = ,007$) oder solche ohne Wissen um den Status (0,75, 95-CI[.30, 1,20], $t(150) = 3,29$, $p = ,001$) oder ohne Angaben (0,64, 95-CI[.13, 1,16], $t(297) = 2,49$, $p = ,014$). Proband*innen, die keine Angaben zu ihrem Aufenthaltsstatus gemacht hatten, hatten signifikant höhere Angstsymptome als Befragte ohne Kenntnis ihres Status (0,25, 95-CI[.02, .49], $t(222) = 2,12$, $p = ,035$) oder mit Aufenthaltsgestattung (0,27, 95-CI[.05, .50], $t(294) = 2,39$, $p = ,017$) oder mit Aufenthaltserlaubnis (0,42, 95-CI[.16, .68], $t(157) = 3,22$, $p = ,002$). Befragte mit Aufenthaltserlaubnis hatten signifikant weniger somatische Beschwerden als Befragte mit Aufenthaltsgestattung (-4,35, 95-CI[-8,11, -.69], $t(290) = 2,28$, $p = ,023$), oder solche ohne Kenntnis ihres Status (-6,68 [-10,81, -2,91], $t(201) = -3,04$, $p = ,010$) oder ohne Angabe ihres Status (-8,45 [-12,95, -3,95], $t(153) = -3,34$, $p < ,001$), aber mehr Beeinträchtigung durch die Symptomatik der PTSD im Alltagsleben als Proband*innen mit Grenzübertrettsbescheinigung (.69, 95-CI[.17, .19], $t(12,65) = 2,88$, $p = ,011$) oder Duldung (.60, [.14, -1,05], $t(102) = 2,61$, $p = ,010$).

Zwischen krankheitswertiger depressiver Symptombelastung und negativer Erwartung bezüglich des Asylverfahrens sowie dem Gefühl, dieses weniger gut für sich nutzen zu können, konnten signifikante Zusammenhänge erfasst werden ($p < ,001$), ebenso für negative Wahrnehmung von Hilfs- und Integrationsangeboten bzw. für eine seltenere Nutzung derselben (je nach Angebot $p < ,001$ bis 0,002).

3.3 Studie 3: In der Untersuchung „Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin“ litten unter den im 1. Quartal 2016 von uns behandelten 110 Patient*innen, die noch im ersten Jahr nach Asylantragsstellung befanden, knapp die Hälfte (47,27%, N=52) an neurotischen, belastungsbedingten und somatoformen Störungen. Sie erhielten durchschnittlich 4,48 Einzelgespräche pro Quartal, von denen mit 34,33% (N=80) besonders viele Gespräche gedolmetscht werden mussten. 44,55% (N=49) der Behandelten litten an depressiven Erkrankungen, von denen 24,55% (N=27) an einer schwer depressiven Episode erkrankt waren. Diese Patient*innen erhielten mit 5,5 durchschnittlich relativ viele Einzelgespräche im Quartal, benötigten jedoch nur in 25% (N=37) dieser Gespräche eine Hinzuziehung von professionellen Sprachmittelnden (ergänzende nicht-ärztliche Einzelkontakte und Teilnahmen an Gruppenangeboten wurden nicht berücksichtigt). Durchschnittlich erhielt jeder dieser behandlungsbedürftigen Asylsuchenden 1,34 Einsätze professioneller Dolmetscher*innen pro Quartal, damit lagen die Kosten dafür durchschnittlich bei 44,99 Euro (21,00 bis 56,82 Euro) pro Quartal. Zusätzlich erfolgten im Untersuchungszeitraum in unserer besonders spezialisierten Ambulanz auch muttersprachliche Behandlungen auf Türkisch, Russisch, Serbisch, Englisch und Französisch.

4. Diskussion

In der ersten Studie konnten wir bei den in unserer ambulanten Behandlung befindlichen Patient*innen abhängig von der Herkunftsregion signifikante soziodemographische Unterschiede bezüglich Familienstand, Anzahl der Kinder, Ausbildung und Kenntnis der deutschen Umgebungssprache belegen. U.a. konnten wir bei Patient*innen mit türkischem Hintergrund eine stärkere Ausprägung von Angstsymptomen feststellen und die höhere Prävalenz von somatoformen Symptomen bestätigen [15, 16].

Die Beobachtung einer Studie [67], dass depressive türkischstämmige Patient*innen in Österreich an einer stärkeren depressiven und somatischen Symptomlast leiden als ebensolche in der Türkei, könnte den relativ hohen Anteil türkischstämmiger depressiver Patient*innen in unserer Studienpopulation erklären. Ebenso bestätigen unsere Ergebnisse eine andere Untersuchung, in der für Menschen mit türkischem

Migrationshintergrund in Deutschland ein signifikanter Zusammenhang zwischen höherer depressiver Symptomatik und erlebter Diskriminierung beobachtet wurde [68], wenn man die Ergebnisse einer weiteren Untersuchung berücksichtigt, in der türkischstämmige Frauen in Berlin durch sozioökonomische Deprivation höher belastet waren als solche ohne Migrationshintergrund [69].

In unserer nicht repräsentativ Studienpopulation konnten wir keinen erhöhten Anteil an Betroffenen mit psychotischen und substanzabhängigen Erkrankungen finden – anders, als in repräsentativen Populationen beschrieben [26, 70-71]. Offenbar nehmen weniger Betroffene mit psychotischen Störungen und Substanzabhängigkeiten unsere Behandlung in Anspruch.

Gegenüber einer früheren Untersuchung in Psychiatrischen Institutsambulanzen, die nachwies, dass etwa ein Drittel der Patienten in Behandlung einen Migrationshintergrund hatte [21], lag ihr Anteil in der aktuellen Studie bei 53,7%. Dieser Anteil spiegelt den besonderen Schwerpunkt in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund in der untersuchten Ambulanz wieder. Offenbar wird das Konzept dieser PIA von Betroffenen mit neurotischen und depressiven Erkrankungen und Migrations- und Fluchthintergrund gut angenommen.

Durch unsere Studie wird unterstrichen, dass die Berücksichtigung der kulturell differierenden sozioökonomischen und sozialen Belastungen im Zusammenhang mit psychischer Symptombelastung für die klinische Behandlung sehr bedeutsam ist. Untersuchungen mit größeren Studienpopulationen könnten mögliche Unterschiede noch besser beleuchten.

In Studie 2 konnten wir in der von uns untersuchten Stichprobe eine erhebliche psychische Krankheitssymptomatik bei noch im Asylprozess befindlichen Geflüchteten bestätigen. Denn ähnlich wie Chu, Keller und Rasmussen [73] konnten wir einen signifikanten Einfluss des Aufenthaltsstatus auf die psychische Symptombelastung nachweisen. Dabei bestand ein signifikanter Zusammenhang von Aufenthaltsstatus zur Intensität der Symptombelastung, nicht aber zur Häufigkeit des Auftretens krankheitswertiger Symptomatik, ähnlich wie bei Schick [74]. Auch konnten wir die signifikanten Zusammenhänge psychischer Symptombelastung zu anderen

Postmigrationsstressoren erfassen, z.B. zur Art der Wohnunterkunft [40, 75-77] und anderen psychosozialen Faktoren [78-80]. In diesen Publikationen wird bestätigt, dass psychosozial ungünstigere Unterkunftsarten einige psychische Krankheitssymptome verstärken, wie bereits nachgewiesen werden konnte [81]. Die Erfassung der Postmigrationsstressfaktoren zeigt zudem, dass bei krankheitswertiger psychischer Symptomatik die gleichermaßen vorhandenen Integrations- und Hilfsangebote weniger wahrgenommen und genutzt wurden. Offenbar verhindern diese Faktoren gerade bei Betroffenen mit krankheitswertiger psychischer Symptomatik die Inanspruchnahme von Integrations- und Hilfsangeboten.

Die geringe Behandlungswilligkeit der von uns befragten Studienteilnehmer*innen, denen wir eine Vermittlung in psychiatrische Behandlung anboten, bestätigte eine Untersuchung, die bei nicht in Deutschland geborenen Menschen ein anderes Krankheitsverständnis als bei Einheimischen beschrieb [82]. Sie lässt aber auch vorhandene Angst vor Stigmatisierung durch psychiatrische Behandlung vermuten, die nicht nur unter Geflüchteten häufig ist [51, 83-85]. Unsere Beobachtung bestätigt Studien, die belegen, dass Erkrankte mit Migrationshintergrund bestehende Behandlungsangebote weniger nutzen [86-88]. Es wird mehrfach beschrieben, dass für Migrierte das eigene Hilfesuchverhalten – neben den in Europa häufig bestehenden strukturellen Hindernissen - eine wesentliche, zweite Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem ist [87-92]. Ein aktuelles systematisches Review beschreibt, dass Geflüchtete - im Vergleich zu anderen Migrierten - zusätzlich eine dritte Komponente, eine spezifische, durch die Fluchterlebnisse geprägte misstrauische Grundhaltung, daran gehindert werden, bestehende medizinische oder psychosoziale Hilfe zu suchen [93].

Unsere Untersuchungsergebnisse belegen zudem, dass das Wahr- und Teilnehmen an integrativen Maßnahmen und Hilfsangeboten sowie die aktivere Nutzung der eigenen Rechte im Asylverfahren signifikant mit psychischer Symptombelastung korrelieren und somit für Asylprozess, Integration und langfristiges psychisches Wohlbefinden [11] relevant sind. Zudem wird damit belegt, dass Geflüchtete mit depressiver Krankheitssymptomatik stärker den Eindruck haben, ihr Asylverfahren nicht adäquat nutzen zu können. Insofern wäre der Einsatz bereits entwickelter Screening-Methoden [94-96] hilfreich, um psychisch belastete Asylsuchende rechtzeitig zu identifizieren und

Maßnahmen zu ergreifen, die ihre zu erwartenden Einschränkungen im Asylverfahren berücksichtigt, sie in der Wahrnehmung von Hilfs- und Integrationsangeboten unterstützt und Behandlungsmaßnahmen einleitet.

Auch die von uns gewonnenen Erkenntnisse über die geringe Behandlungsbereitschaft von Asylsuchenden eröffnen die Möglichkeit, diesen Umstand zu verändern. Dazu könnten z. B. Information der Betroffenen über den bestehenden Zusammenhang zwischen Erkrankung und erlebter Isolation, Einschränkung im Erlernen der Sprache, Finden einer Arbeit, Wahrnehmen vom Asylverfahren und Integrationsmöglichkeiten dienen. Dies erscheint sinnvoll, denn mehrere Studien konnten belegen, dass fehlende Gesundheitsbildung einer der Faktoren ist, der die Gesundheitskompetenz negativ beeinflusst und auf den eingewirkt werden kann [97-99].

Das Angebot von geeigneten Informationsveranstaltungen und –flyern könnte ebenso wie die Entwicklung und Evaluation neuer und niederschwelliger Informations- und Behandlungsmöglichkeiten - wie Peer-Beratungen [100, 101], Apps zur Psychoedukation [102] und Online-Therapien [103, 104] - die Ent-Stigmatisierung und Behandlungsbereitschaft fördern. Für den klinischen Alltag bleibt die für Behandler*innen mit differierendem kulturellen Hintergrund als dem der Behandelten deren kulturell fremde Krankheitsbeschreibung oder Art der Symptomausprägung eine besondere Herausforderung [105], auf die in einer immer globalisierteren Welt schon Studierende vorbereitet werden sollten [106, 107]. Für klinisch Arbeitende bleibt - neben einer Bereitschaft, ungewohnte Wahrheiten zu akzeptieren - eine vollständige, einfühlsame und kultursensible Anamneseerhebung mit Hilfe des Cultural Formulation Interviews (CFI) [108] und eine genaue, professionelle Sprachmittlung besonders wichtig und hilfreich. Dabei kommt dem Erlernen der interkulturellen Kompetenz eine besondere Bedeutung zu [109].

Die Untersuchung „Was kosten uns Dolmetscher – eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin.“ vermittelt einen bis dahin in Deutschland nicht untersuchten exemplarischen Eindruck, mit welchen Kosten der Einsatz von professionellen Sprachmittelnden in der psychiatrischen Behandlung einhergehen kann [110]. Wir konnten nachweisen, dass die Kosten zur Diagnostik und Behandlung mit

professionellen Sprachmittler*innen mit maximal ca. 56,82 Euro (durchschnittlich ca. 44,99 Euro) pro Patient*in und Quartal quantifizierbar sind - und im Vergleich zu anderen die Diagnostik und Therapie wesentlich beeinflussenden Faktoren als nicht hoch bezeichnet werden können. Im Rahmen der Globalisierung bleibt im gesundheitspolitischen Kontext die adäquate Kostenübernahme für Dolmetscher*innen nach wie vor von hoher Relevanz.

Für die effektive Behandlung müssten jedoch nicht nur genügend qualifizierte Sprachmittler*innen und eine sicherere Kostenübernahme für den Einsatz von professionell Dolmetschenden vorhanden sein, sondern auch Kenntnisse einer transkulturellen Diagnostik und Therapie sowie eine entsprechende kulturoffene, neugierige Grundhaltung und kulturspezifische Kenntnisse bei den Behandelnden bestehen, die somit auch für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittler*innen trainiert sein sollten [111]. Die spezifische Schulung des medizinischen Personals verursacht im Vorfeld zusätzliche, hier nicht quantifizierte Kosten. Diese könnten durch weitere Untersuchungen berechnet werden. Ebenso sind für die Evaluation bestehender Schulungsprogramme und ggf. Adaptation derselben für unterschiedliche professionelle Einsätze weitere Studien erforderlich.

Für die behandelnde Einrichtung bedeutet die Arbeit mit professionellen Dolmetschenden einen mitunter erheblichen Aufwand, den zu minimieren für einen effizienten, im Alltag realisierbaren Einsatz hilfreich wäre. Inzwischen liegen auch exemplarische Untersuchungen zum Einsatz von Telefon-[112], Video-Dolmetscher*innen [113] und zum eingeschränkt möglichen Einsatz von Sprach-Apps [63] vor. Weitere wissenschaftliche Begleitung und Evaluation, wann welche Dolmetsch-Maßnahmen ergriffen werden sollten, sind erforderlich.

Limitationen der Studien 1 und 2 bestehen in der Verwendung von standardisierten Fragebögen: Es ist anzunehmen, dass leseunkundige, der Fragebogen-Sprachen nicht mächtige und kränkere Patient*innen, z.B. solche mit ausgeprägter Konzentrationsschwäche, Misstrauen und kognitiven Beeinträchtigungen, häufiger eine Teilnahme an der Befragung ablehnten und somit nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten. Auch bilden die verwendeten Symptomchecklisten, die Selbstbeurteilungsinstrumente sind, rein subjektives Erleben ab. Des Weiteren werden

mit den Symptomchecklisten zwar Symptomkomplexe erfasst, aber keine klinischen Diagnosen gestellt. In der Untersuchung 3 hingegen wurden allein auf fachärztlichem Niveau gestellte Diagnosen verwendet. Hier wurden keine standardisierten Rating-Bögen eingesetzt, sodass zwar klinische Diagnosen vorliegen, ein Bias durch die unterschiedlichen Einschätzungen der Ärzt*innen aber nicht ausgeschlossen werden kann.

Abschließend ist festzuhalten, dass, um den Zusammenhang von Migration und die Relevanz soziodemographischer Bedingungen mit Krankheit, Resilienz und Behandlung besser zu verstehen, quantitative und qualitative Längsschnittstudien und Mixed-Method-Designs erforderlich sind. Dabei sind sowohl für Diagnostik und Behandlung, als auch für gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Untersuchungen die kulturellen, z.T. stark differierenden Symptomausprägungen, die differierenden Krankheitsverständnisse und unterschiedliches Hilfesuchverhalten relevant. Durch künftige Studien könnten diese Forschungslücken reduziert werden.

5. Literaturverzeichnis

- 1 <https://data2.unhcr.org/en/dataviz/6?sv=0&geo=0>; download 19.12.2019
- 2 Flüchtlingshilfe UNO. Flüchtlingszahlen: Flüchtlinge weltweit - Global Trends 2018. Im Internet: <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluechtlingszahlen/>; download 29.12.2019
- 3 Migration And Migrants: A Global Overview | World Migration Report. Im Internet: <https://www.iom.int/wmr/2018/chapter/02>; download 17.11.2019
- 4 Statistisches Bundesamt Im Internet. Jede vierte Person in Deutschland hatte 2018 einen Migrationshintergrund.: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19_314_12511.html; download 17.11.2019
- 5 Amt für Statistik Berlin Brandenburg: Statistischer Bericht Statistischer Bericht A I 5 – hj 2 / 18. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2018. Grunddaten, Potsdam 2019. Im Internet: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2019/SB_A01-05-00_2018h02_BE.pdf¹; download 07.01.2020

- 6 Agrawal S, Taylor FC, Moser K, Narayanan G, Kinra S, Prabhakaran D, Reddy KS, Davey Smith G, Ebrahim S. Associations Between Sociodemographic Characteristics, Pre Migratory and Migratory Factors and Psychological Distress Just After Migration and After Resettlement: The Indian Migration Study. *Indian J Soc Psychiatry* 2015; 31: 55–66 Im Internet: <https://www.nc>
- 7 Cotter S, Healy C, Cathain DN, Williams P, Clarke M, Cannon M. Psychopathology and early life stress in migrant youths: an analysis of the ‘Growing up in Ireland’ study. *Irish Journal of Psychological Medicine* undefined/ed; 1–9 Im Internet: <https://www.cambridge.org/core/journals/irish-journal-of-psychological-medicine/article/psychopathology-and-early-life-stress-in-migrant-youths-an-analysis-of-the-growing-up-in-ireland-study/58A6E3DF4180B4E211790D900EC103BCbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573174/>
- 8 Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 243–258
- 9 Akhatar S. Immigration und Identität: Psychosoziale Aspekte und kulturübergreifende Therapien. 2. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2014: 79.
- 10 Kohte-Meyer I. ["I am estranged, just as I am." Migration experience, ego identity and neurosis]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1994; 43: 253–259.
- 11 Sam DL, Berry JW. Acculturation: When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet. *Perspect Psychol Sci* 2010; 5: 472–481 Im Internet: <https://doi.org/10.1177/1745691610373075>
- 12 Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. [Mental disorders in people with migration background compared with German general population]. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 225–232
- 13 Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Hassan G, Rousseau C, Pottie K, Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 2011; 183: E959-967
- 14 Cantor-Graae E, Pedersen CB. Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 427–435
- 15 Sariaslan S, Morawa E, Erim Y. Psychische Symptombelastung bei Patienteneiner Allgemeinarztpraxis. *Nervenarzt* 2014; 85: 589–595 Im Internet: <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3767-y>

- 16 Bermejo I, Nicolaus L, Kriston L, Hölzel L, Härter M. Vergleichende Analyse psychosomatischer Beschwerden bei Personen mit spanischem, italienischem, türkischem und russischem Migrationshintergrund. *Psychiat Prax* 2012; 39: 157–163 Im Internet: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0031-1298903>
- 17 Silwal S, Lehti V, Chudal R, Suominen A, Lien L, Sourander A. Parental immigration and offspring post-traumatic stress disorder: A nationwide population-based register study. *J Affect Disord* 2019; 249: 294–300
- 18 Cardano M, Scarinzi C, Costa G, d'Errico A. Internal migration and mental health of the second generation. The case of Turin in the age of the Italian economic miracle. *Soc Sci Med* 2018; 208: 142–149
- 19 Maternal migration and autism risk: Systematic analysis: *International Review of Psychiatry: Vol 27, No 1*. Im Internet: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2014.995601>
- 20 Pignon B, Amad A, Pelissolo A, Fovet T, Thomas P, Vaiva G, Roelandt J-L, Benradia I, Rolland B, Geoffroy PA. Increased prevalence of anxiety disorders in third-generation migrants in comparison to natives and to first-generation migrants. *J Psychiatr Res* 2018; 102: 38–43
- 21 Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Montesinos AH, Koch E, Driessen M, u. a. Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiat Prax* [Internet]. November 2010 [zitiert 7. September 2019];37(8):384–90. Verfügbar unter: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0030-1248489>
- 22 Spiller TR, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Nickerson A, Morina N. Somatisation and anger are associated with symptom severity of posttraumatic stress disorder in severely traumatised refugees and asylum seekers. *Swiss Med Wkly* 2016; 146: w14311
- 23 Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P. Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. *Soc Psychiat Epidemiol* 2008; 44: 188 Im Internet: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0431-0>
- 24 Chang K-AJ, Kim K, Fava M, Mischoulon D, Hong JP, Kim DJH, Heo J-Y, Choi H, Jeon HJ. Cross-national differences in hypochondriasis symptoms between Korean and American outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Research* 2016; 245: 127–132 Im Internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116306795>

- 25 Al-saffar S, Borgå P, Wicks S, Hällström T. The influence of the patients' ethnicity, socio-demographic conditions and strain on psychiatric diagnoses given at an outpatient clinic. *Nordic Journal of Psychiatry* 2004; 58: 421–427
- 26 Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM, Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 13
- 27 Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* [Internet]. 9. April 2005 [zitiert 3. Juni 2018];365(9467):1309–14. Verfügbar unter: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)61027-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)61027-6/abstract)
- 28 Zimbrea P. Risk Factors and Prevalence of Mental Illness in Refugees. In: Annamalai A (Hrsg.). *Refugee Health Care: An Essential Medical Guide*. New York, NY: Springer New York, 2014: 149–162 Im Internet: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0271-2_11
- 29 Tinghög P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Lundin A, Saboonchi F. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*. 29 2017;7(12):e018899.
- 30 Buhman C, Mortensen EL, Lundstrøm S, Ryberg J, Nordentoft M, Ekstrøm M. Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at psychiatric trauma clinic in Copenhagen. *Torture*. 2014;24(1):25–39.
- 31 Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med* 2017; 24
- 32 Nørredam M. Migration and health: exploring the role of migrant status through register-based studies. *Dan Med J* 2015; 62: B5068
- 33 Schouler-Ocak M, Aichberger M, Yesil R, Montesinos AH, Bromand Z, Termur-Erman S, Rapp M, Heinz A. [Suicide Rates and Suicide Prevention in Women of Turkish Origin in Berlin]. *Gesundheitswesen* 2015; 77 Suppl 1: S31-32
- 34 Hocking DC, Kennedy GA, Sundram S. Social factors ameliorate psychiatric disorders in community-based asylum seekers independent of visa status. *Psychiatry Res* 2015; 230: 628–636
- 35 Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or

supportive immigration policies. *Social Science & Medicine* [Internet]. 1. April 2011 [zitiert 18. Juni 2018];72(7):1149–56. Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611000931>

36 Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*. 21. Juni 2017;7(6):e015157.

37 Morgan G, Melluish S, Welham A. Exploring the relationship between postmigratory stressors and mental health for asylum seekers and refused asylum seekers in the UK. *Transcult Psychiatry* 2017; 54: 653–674

38 Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, 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*. Dezember 2004;192(12):843–51.

39 Chen W, Ling L, Renzaho AMN. Building a new life in Australia: an analysis of the first wave of the longitudinal study of humanitarian migrants in Australia to assess the association between social integration and self-rated health. *BMJ Open* 2017; 7: e014313

40 Whitsett D, Sherman MF. Do resettlement variables predict psychiatric treatment outcomes in a sample of asylum-seeking survivors of torture? *Int J Soc Psychiatry*. Dezember 2017;63(8):674–85.

41 Javadi D, Langlois EV, Ho S, Friberg P, Tomson G. Intersectoral approaches and integrated services in achieving the right to health for refugees upon resettlement: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 30. August 2017;7(8):e016638

42 Hagerty BM, Williams RA, Coyne JC, Early MR. Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. *Arch Psychiatr Nurs*. August 1996;10(4):235–44.

43 Gunkel S, Priebe S. [Psychological symptoms after immigration: a comparison of various groups of immigrants in Berlin]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1992; 42: 414–423

44 Motreff Y, Baubet T, Pirard P, Rabet G, Petitclerc M, Stene LE, Vuillermoz C, Chauvin P, Vandentorren S. Factors associated with PTSD and partial PTSD among first responders following the Paris terror attacks in November 2015. *J Psychiatr Res* 2020; 121: 143–150

45 Namer Y, Razum O. Settling Ulysses: An Adapted Research Agenda for Refugee Mental Health. *Int J Health Policy Manag* 2017; 7: 294–296

- 46 Straiton ML, Ledesma HML, Donnelly TT. A qualitative study of Filipina immigrants' stress, distress and coping: the impact of their multiple, transnational roles as women. *BMC Womens Health* 2017; 17: 72
- 47 Ehrhardt C, Beirut. Echo in der Arabischen Welt: Sehnsuchtsort Deutschland. Im Internet: <https://www.faz.net/1.3790224>; download 16.02.2016
- 48 Flüchtlinge aus Westafrika folgen deutscher Willkommenskultur - WELT. Im Internet: <https://www.welt.de/politik/ausland/article147568341/Merkels-Willkommensruf-hallt-bis-nach-Westafrika.html>; download 02.05.2019
- 49 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Engagement in der Flüchtlingshilfe: Ergebnisbericht einer Untersuchung des Instituts für Demoskopie Allensbach. Berlin; 2017:11-18
- 50 Razum O, Saß A-C, Bozorgmehr K. Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze. *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 543–544 Im Internet: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-016-2344-5>
- 51 Collatz J. Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann T, Salman R. *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. 2. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001: 52-63.
- 52 Fiscella K, Franks P, Doescher M, Saver B. Disparities in Health Care by Race, Ethnicity, and Language Among the Insured: Findings From a National Sample. *Medical Care* 2002; 40: 52–59 Im Internet: [insights.ovid.com](https://www.insights.ovid.com)
- 53 Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 60–67 Im Internet: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/2/60/1803865>
- 54 Hilfinger Messias DK, McDowell L, Estrada RD. Language interpreting as social justice work: perspectives of formal and informal healthcare interpreters. *ANS Adv Nurs Sci* 2009; 32: 128–143
- 55 Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med* 2003; 57: 503–512
- 56 López L, Rodriguez F, Huerta D, Soukup J, Hicks L. Use of Interpreters by Physicians for Hospitalized Limited English Proficient Patients and Its Impact on Patient Outcomes. *J Gen Intern Med* 2015; 30: 783–789 Im Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441652/>

- 57 Marcos LR, Alpert M, Urcuyo L, Kesselman M. The Effect of Interview Language on the Evaluation of Psychopathology in Spanish-American Schizophrenic Patients. *AJP* 1973; 130: 549–553 Im Internet: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.130.5.549>
- 58 Olivares I, Altarriba J. Mental Health Considerations for Speech-Language Services with Bilingual Spanish-English Speakers. *Semin Speech Lang* 2009; 30: 153–161 Im Internet: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1225952>
- 59 Kluge U. Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In: Machleidt W, Heinz A, (Hrsg.). *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, Urban & fischer, 2011: 145-154
- 60 Mirdal GM, Ryding E, Sondej ME. Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2012; 85: 436–455
- 61 Flores G. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Med Care Res Rev* 2005; 62: 255–299 Im Internet: <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- 62 Hadziabdic E, Hjelm K. Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2013; 11: 69–76
- 63 Panayiotou A, Gardner A, Williams S, Zucchi E, Mascitti-Meuter M, Goh AM, You E, Chong T, Logiudice D, Lin X, Haralambous B, Batchelor F. Language Translation Apps in Health Care Settings: Expert Opinion. *JMIR Mhealth Uhealth* [Internet]. 9. April 2019 [zitiert 7. September 2019];7(4). Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477569/>
- 64 Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup M, Bhugra D. EPA Guidance on Cultural Competence Training. *Eur Psychiatry* 2015 Mar;30(3):431
- 65 Salami B, Salma J, Hegadoren K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *Int J Ment Health Nurs* 2018;
- 66 BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - Publikationen - Das Bundesamt in Zahlen 2016 [Internet]. [zitiert 19. Juni 2018]. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.pdf?__blob=publicationFile;%20Stand%2023.09.2017
- 67 Deisenhammer EA, Çoban-Başaran M, Mantar A, Prunnelechner R, Kemmler G, Alkin T, Hinterhuber H. Ethnic and migrational impact on the clinical manifestation of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1121–1129 Im Internet: <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0417-1>

- 68 Morawa E, Erim Y. [The interrelation between perceived discrimination, depressiveness, and health related quality of life in immigrants of Turkish and Polish origin]. *Psychiatr Prax* 2014; 41: 200–207
- 69 Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA, Yesil R, Montesinos AH, Temur-Erman S, Heinz A, Schouler-Ocak M. Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1691–1700
- 70 Bourque F, Ven E van der, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine* 2011; 41: 897–910 Im Internet: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/metaanalysis-of-the-risk-for-psychotic-disorders-among-first-and-secondgeneration-immigrants/7427585927F99E8EF88C4F1AA6546C02>
- 71 Dapunt J, Kluge U, Heinz A. Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Transl Psychiatry* 2017; 7: e1149
- 72 Hogerzeil SJ, van Hemert AM, Veling W, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among migrants in the Netherlands: a direct comparison of first contact longitudinal register approaches. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017; 52: 147–154 Im Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329083/>
- 73 Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *J Immigr Minor Health* 2013; 15: 890–897
- 74 Schick M, Zumwald A, Knöpfli B, Nickerson A, Bryant RA, Schnyder U, Müller J, Morina N. Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *Eur J Psychotraumatol* 2016; 7: 28057
- 75 von Werthern M, Robjant K, Chui Z, Schon R, Ottisova L, Mason C, Katona C. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 382 Im Internet: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1945-y>
- 76 Filges T, Montgomery E, Kastrup M. The Impact of Detention on the Health of Asylum Seekers: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice* 2018; 28: 399–414 Im Internet: <https://doi.org/10.1177/1049731516630384>
- 77 Storm T, Engberg M. The impact of immigration detention on the mental health of torture survivors is poorly documented – a systematic review. *Ugeskriftet.dk* Im Internet: <http://ugeskriftet.dk/dmj/impact-immigration-detention-mental-health-torture-survivors-poorly-documented-systematic-review>. download: 07.09.2019

- 78 Chase LE, Rousseau C. Ethnographic case study of a community day center for asylum seekers as early stage mental health intervention. *Am J Orthopsychiatry* 2018; 88: 48–58
- 79 Emmott S. „Dislocation“, shelter, and crisis: Afghanistan’s refugees and notions of home. *Gend Dev* 1996; 4: 31–38
- 80 Lamkaddem M, Essink-Bot M-L, Devillé W, Gerritsen A, Stronks K. Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *Eur J Public Health* 2015; 25: 917–922
- 81 Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, van der Tweel I, De Jong JTVM. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 825–832
- 82 Dietrich S, Mergl R, Rummel-Kluge C. [From the First Symptoms of Depression to Treatment. When and Where are People Seeking Help? Does Stigma Play a Role? - Results from a Survey at a German Convention for People with Depression]. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 461–468
- 83 Makowski AC, von dem Knesebeck O. Depression stigma and migration - results of a survey from Germany. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 381
- 84 Dyduch A, Grzywa A. [Stigma and related factors basing on mental illness stigma]. *Pol Merkur Lekarski* 2009; 26: 263–267
- 85 Boerema AM, Kleiboer A, Beekman ATF, van Zoonen K, Dijkshoorn H, Cuijpers P. Determinants of help-seeking behavior in depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 78
- 86 Teunissen E, Sherally J, van den Muijsenbergh M, Dowrick C, van Weel-Baumgarten E, van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in The Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ Open* 2014; 4: e005738
- 87 Ussher JM, Perz J, Metusela C, Hawkey AJ, Morrow M, Narchal R, Estoesta J. Negotiating Discourses of Shame, Secrecy, and Silence: Migrant and Refugee Women’s Experiences of Sexual Embodiment. *Arch Sex Behav* 2017; 46: 1901–1921
- 88 Hansen MC, Cabassa LJ. Pathways to depression care: help-seeking experiences of low-income Latinos with diabetes and depression. *J Immigr Minor Health* 2012; 14: 1097–1106

- 89 Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016 Im Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/>
- 90 Salami B, Salma J, Hegadoren K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *Int J Ment Health Nurs* 2018;
- 91 Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, Girolamo G de, Graaf R de, Florescu S, Gureje O, Hinkov HR, Hu C, Huang Y, Hwang I, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Matschinger H, O'Neill S, Posada-Villa J, Sagar R, Sampson NA, Sasu C, Stein DJ, Takeshima T, Viana MC, Xavier M, Kessler RC. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine* 2014; 44: 1303–1317
- 92 Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry* 2008; 23 Suppl 1: 14–20
- 93 Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2020; 75: 101812
- 94 Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, Schauer M, Elbert T. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8: 1389205
- 95 Stingl M, Knipper M, Hetzger B, Richards J, Yazgan B, Gallhofer B, Hanewald B. Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. *Ethnicity & Health* 2017; 1–12 Im Internet: <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1379598>
- 96 <http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-global-german.pdf> download 07.09.2019
- 97 Chiu M, Amartey A, Wang X, Kurdyak P. Ethnic Differences in Mental Health Status and Service Utilization: A Population-Based Study in Ontario, Canada. *Can J Psychiatry* 2018; 706743717741061
- 98 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell B-E, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S, WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and

unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581–2590

99 Georgiades K, Paksarian D, Rudolph KE, Merikangas KR. Prevalence of Mental Disorder and Service Use by Immigrant Generation and Race/Ethnicity Among U.S. Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018; 57: 280-287.e2

100 Bajbouj M, Alabdullah J, Ahmad S, Schidem S, Zellmann H, Schneider F, Heuser I. Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 2018; 89: 1–7

101 Bohus M, Missmahl I. [Implementation of alternative treatment models for refugees in Germany : What can and what should we learn from Afghanistan?]. *Nervenarzt* 2017; 88: 34–39

102 Golchert J, Roehr S, Berg F, Grochtdreis T, Hoffmann R, Jung F, Nagl M, Plexnies A, Renner A, König H-H, Kersting A, Riedel-Heller SG. HELP@APP: development and evaluation of a self-help app for traumatized Syrian refugees in Germany – a study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2019; 19 Im Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492415/>

103 Wagner B. Online-Therapie – eine neue Perspektive in der Psychotherapie für Flüchtlinge und Asylbewerber? *Psychotherapie Forum* 2016; 21: 124–131 Im Internet: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00729-016-0074-7>

104 Burchert S, Alkneime MS, Bird M, Carswell K, Cuijpers P, Hansen P, Heim E, Harper Shehadeh M, Sijbrandij M, Van't Hof E, Knaevelsrud C. User-Centered App Adaptation of a Low-Intensity E-Mental Health Intervention for Syrian Refugees. *Front Psychiatry* 2018; 9: 663

105 Winkler J, Schouler-Ocak M, Brandl E. Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten: Besonderheiten in der Diagnostik und Behandlung. *Neurotransmitter*. 12/2018; 29: 28-32

106 Groen SPN, Richters A, Laban CJ, Devillé WLJM. Implementation of the Cultural Formulation through a newly developed Brief Cultural Interview: Pilot data from the Netherlands. *Transcult Psychiatry* 2017; 54: 3–22

107 Mills, Stacia, Anna Q. Xiao, Kate Wolitzky-Taylor, Russell Lim, and Francis G. Lu. "Training on the DSM-5 Cultural Formulation Interview Improves Cultural Competence in General Psychiatry Residents: A Pilot Study." *Transcultural Psychiatry* 54, no. 2 (April 2017): 179–91. doi:[10.1177/1363461517700812](https://doi.org/10.1177/1363461517700812).

108 Falkai P, Wittchen H-U (2015) American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Deutsche Ausgabe. Hogrefe – Verlag

109 Knaevelsrud C, Stammel N, Olf M. Traumatized refugees: identifying needs and facing challenges for mental health care. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8: 1388103

- 110 Jacobs B, Ryan AM, Henrichs KS, Weiss BD. Medical Interpreters in Outpatient Practice. *Ann Fam Med* 2018; 16: 70–76 Im Internet:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5758324/>
- 111 Schouler-Ocak M, Wintrob R, Moussaoui D, Villasenor Bayardo S, Zhao X-D, Kastrup C. Background Paper on the Needs of Migrant, Refugee and Asylum Seeker Patients Around the Globe. *International Journal of Culture and Mental Health*; 2016; 9(3):216-232
- 112 Dubus N. Interpreters' subjective experiences of interpreting for refugees in person and via telephone in health and behavioural health settings in the United States. *Health & Social Care in the Community* 2016; 24: 649–656 Im Internet:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.12270>
- 113 Mottelson, I. N., Sodemann, M. and Nielsen, D. S. (2018) 'Attitudes to and implementation of video interpretation in a Danish hospital: A cross-sectional study', *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(2), pp. 244–251. doi:
[10.1177/1403494817706200](https://doi.org/10.1177/1403494817706200).. download 12 03 2019

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Johanna G. Winkler; versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: ‚Flucht und Migration: Psychische Symptombelastung und Behandlungsoptionen‘ 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.

Mein Anteil an der ausgewählten Publikation entspricht dem, der in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben ist. 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

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Johanna Winkler hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Brandl EJ, Dietrich N, Mell N, Winkler J, Gutwinski S, Bretz J, Schouler-Ocak M. [Clinical and sociodemographic Differences Between Patients with and without Migration Background in a Psychiatric Outpatient Service]. Psychiatr Prax 2018:

- Mitüberlegungen zur Auswahl der Fragebögen und Zusammenstellung des Fragebogens mit aktuellen soziobiografischen Fragen
- Patientenrekrutierung, Aufklärung über die Studie und Einladung zur Teilnahme, Organisation von Hilfskräften zum Ausfüllen (bei Sprachunsicherheiten oder Leseunfähigkeit) und Supervision einiger dieser Hilfskräfte
- Mitarbeit bei der Finalisierung des Manuskriptes durch Modifikation des von der Erstautorin geschriebenen Textes.

Publikation 2: Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M. [The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany]. Psychiatr Prax 2018:

Zusammenstellen der Fragebögen:

- Auswahl der vorgesehenen Fragebögen.
- Verhandlung mit dem bzfo/ Zentrum Überleben, um die bereits übersetzten Fragebögen (HSCL 25, SOMA-Skala der Symptom-Checklist-90®-Standard, Subskala „Quality of Life“ des EUROHIS, Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), ergänzt um 13 Items aus dem Harvard Trauma Questionnaire (HTQ))
- Adaptation des Akkulturationsfragebogens nach Ward und Rana-Deubna unter Einbeziehung der bei Geflüchteten und Asylsuchenden zusätzlich relevanten sozialen Bereichen; Ergänzung durch 4 offene Fragen.
- Organisation des Übersetzens der Fragebögen durch professionelle Dolmetschende sowie der zu Erfassung von Fehlübersetzungen notwendigen Rückübersetzung.
- Erstellen der Studieninformation für Teilnehmende und der Einverständniserklärung.
- Erstellen des Antrags an die Ethikkommission (die von den Mitautoren korrigiert und verbessert wurde), Vertreten der Studie bei der Ethikkommission (gemeinsam mit der betreuenden Hochschullehrerin)
- Kontaktaufnahme mit den Leitungen der Flüchtlingsunterkünfte und Kommunikation mit diesen während des gesamten Erhebungszeitraums, Absprache mit dem in der Einrichtung anwesenden Personal
- Rekrutierung der studentischen Hilfskräfte
- Schulung der studentischen Hilfskräfte und der Dolmetschenden
- Organisation von Reproduktion der Fragebögen, Vorstellung der Studie in den Unterkünften mit Dolmetschenden, Verteilung der Fragebögen am Folgetag gemeinsam mit den Studierenden, Supervision der Dolmetschenden und der studentischen Hilfskräfte bei der Befragung.
- Durchführung erforderlicher Kriseninterventionen oder bei auf dem Fragebogen angegebener Suizidalität.

- Katalogisierung der ausgefüllten Fragebögen, Organisation notwendiger Rückübersetzungen.
- Überwachung und Supervision der Dateneingabe durch studentische Hilfskräfte
- Analyse und Auswertung der relevanten Daten.
- Erstellung aller Tabellen.
- Diskussion des Manuskript- Inhaltes mit den Autoren
- Literaturrecherche und Auswahl der verwendeten Literaturstellen.
- Erstellen des Manuskripts, Umsetzung der von den Co-Autoren empfohlenen Korrekturen.

Publikation 3: Schreiter S, Winkler J, Bretz J, Schouler-Ocak M. [What do Interpreters Cost? - A Retrospective Analysis of the Costs for Interpreters in Treatment of Refugees in a Psychiatric Outpatient Clinic in Berlin]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 356–360:

- Diskussion zur Thematik
- Beratung, Vorbereitung und Supervision der Datenerhebung aus dem Dokumentationssystem der Psychiatrischen Institutsambulanz.
- Datenanalyse und –auswertung (Kategorisierung der Daten sowie Errechnen der relevanten Folge-Daten für Tabelle 1) sowie Diskussion der Ergebnisse mit den Autor*innen
- Mithilfe bei der Finalisierung des Manuskriptes durch Erarbeitung von Änderungsvorschlägen des von der Erstautorin geschriebenen Textes.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Quellenangaben der verwendeten Publikationen

Ad 1) Brandl EJ, Dietrich N, Mell N, Winkler J, Gutwinski S, Bretz J, Schouler-Ocak M. Klinische und soziodemografische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund in einer Psychiatrischen Institutsambulanz [Clinical and sociodemographic Differences Between Patients with and without Migration Background in a Psychiatric Outpatient Service]. Psychiatr Prax. 2018 Oct;45(7):367-374. German. • DOI: [10.1055/s-0043-123735](https://doi.org/10.1055/s-0043-123735). Epub 2018 Jan 23. PMID: 29361642.

Form

Ad 2) Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M. Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus [The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany]. Psychiatr Prax. 2019 May;46(4):191-199. German. DOI: [10.1055/a-0806-3568](https://doi.org/10.1055/a-0806-3568). Epub 2018 Dec 12. PMID: 30541158.

Ad 3) Schreiter S, Winkler J, Bretz J, Schouler-Ocak M. Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin [What do Interpreters Cost? - A Retrospective Analysis of the Costs for Interpreters in Treatment of Refugees in a Psychiatric Outpatient Clinic in Berlin]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2016 Sep;66(9-10):356-360. German. DOI: [10.1055/s-0042-115414](https://doi.org/10.1055/s-0042-115414). Epub 2016 Oct 10. PMID: 27723925.

Lebenslauf

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

Publikationsliste

schriftliche Veröffentlichungen (vollständig)

- Winkler JG, Brandl EJ, Bretz HJ, Heinz A, Schouler-Ocak M. [The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany]. Psychiatr Prax 2018;¹

Impact-Faktor 2018: 1,813
- Brandl EJ, Dietrich N, Mell N, Winkler J, Gutwinski S, Bretz J, Schouler-Ocak M. [Clinical and sociodemographic Differences Between Patients with and without Migration Background in a Psychiatric Outpatient Service]. Psychiatr Prax 2018

Impact-Faktor 2018: 1,813
- Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten. springermedizin.de Im Internet: <https://www.springermedizin.de/psychische-erkrankungen-bei-gefluechteten/16350266> oder genauer: Neurotransmitter; Ausgabe 12/2018
- Winkler J. Multikulturelle Gruppenpsychotherapie für geflüchtete traumatisierte Patienten mit mehreren Dolmetschern – eine neue Methode. In: Graf-Callies IT, Schouler-Ocak M. (Hrsg.). Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH, 2017: 240-247.
- Schreiter S, Winkler J, Bretz J, Schouler-Ocak M. [What do Interpreters Cost? - A Retrospective Analysis of the Costs for Interpreters in Treatment of Refugees in a Psychiatric Outpatient Clinic in Berlin]. Psychother Psychosom Med Psychol 2016; 66: 356–360

Impact-Faktor 2016: 0,869
- Winkler J. Traumatisised Immigrants in an Outpatient Clinic: An Experience-Based Report. In: Schouler-Ocak M. Trauma and Migration. Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatised Immigrants. Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International, 2015: 209-222.

Vorträge und Workshops (nicht vollständig)

- Winkler J. Dolmetscher-gemittelte Arbeit: Voraussetzungen. Optionen. Best Practice. Berlin: DGPPN- Kongress 27.–30.11.2019 Berlin

- Winkler J. Psychisch kranke Geflüchtete in Deutschland. Anmánya'da mütleciler ve ruh sagligi. Istanbul: DTGPP-Symposium 2019.
- Winkler J. Application and Further Development of Group Therapy by several interpreters for Refugee Patients from Different Cultural Background: Workshop. Crossing Borders: Social, Cultural and Clinical Changes. 17th International Symposium of the Group Analytic Society International (GASI). Berlin: 2017.
- Winkler J. Beyond Trauma: Political Violence, Refugees, Empowerment and Health. A Critical Introduction. Global Health Summer School. Berlin: IPNWW 2016.
- Winkler J. Spezialsprechstunde für Flüchtlinge und Asylbewerber. In: Veranstaltungsreihe „Akzeptanz, Inklusion und seelische Gesundheit“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, BIM, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St Hedwig Krankenhaus: 10.06.2015
- Winkler J. Development of a Group Psychotherapy Supported by Interpreters and Deliverers to Patient of Diverse Cultural Background Who Have Experienced Multiple and/or Severe Trauma. Izmir: VII. Deutsch-Türkischer Psychatriekongress 18.-21.09. 2013
- Winkler J. Entwicklung einer dolmetschergemittelten Gruppentherapie für mehrfach und/oder schwer traumatisierte Patienten aus unterschiedlichen Kulturen im tagesklinischen Setting. In: Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie. Abstractband DeGPT-Tagung 2012 Hamburg: 73

Danksagung

Ich bedanke mich besonders und sehr herzlich für die Unterstützung

von Frau Professor Dr. Meryam Schouler-Ocak,
Frau PD Dr. Eva J. Brandl

sowie dem gesamten Team der Psychiatrischen Institutsambulanz der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus.

Des Weiteren bedanke ich mich bei allen Dolmetschern, studentischen Hilfskräften und Patienten sowie Betroffenen für ihre Unterstützung und Teilnahme an unseren Studien.

Meiner Mutter danke ich für ihre Unterstützung.

Zudem danke ich meiner Familie, insbesondere meinem Partner, zutiefst für ihre Geduld.