

Aus dem  
Charité Zentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Mitte  
Klinikdirektor: Prof. Dr. Andreas Heinz

## **Habilitationsschrift**

**Die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im psychiatrisch-  
psychotherapeutischen Gesundheitssystem**

Zur Erlangung der Lehrbefähigung  
für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. med. Meryam Schouler-Ocak  
geboren am 15. März 1962 in Palakli / Türkei

Eingereicht: Januar 2012

**Dekanin: Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich**

**1. Gutachter: Prof. Dr. Georg Juckel, Bochum**

**2. Gutachter: Prof. Dr. Michaela Amering, Wien**

**Für meine Eltern**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1. Migration	5
1.2. Transkulturelle Psychiatrie	8
1.3. Morbidität psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund	11
<b>2. Untersuchungsziele</b>	<b>15</b>
<b>3. Vorstellung eigener Arbeiten</b>	<b>16</b>
3.1. Pilotstudie	16
3.2. Repräsentative bundesweite Umfrage	17
3.3. Bundesweite Umfrage in Psychiatrischen Institutsambulanzen	19
3.4. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	21
3.5. Erklärungsmodelle abhängigen Verhaltens	22
<b>4. Diskussion</b>	<b>24</b>
4.1. Epidemiologische Befunde	24
4.2. Erklärungsmodelle, Krankheitskonzepte und -verständnisse	30
4.3. Klassifikation psychischer Störungen bei Migranten	32
4.4. Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz	33
4.5. Schlussfolgerung und Ausblick	35
<b>5. Zusammenfassung</b>	<b>37</b>
Literaturverzeichnis	40
Danksagung	54
Eidesstattliche Erklärung	55

## 1. Einleitung

Etwa 27 % aller Europäer zwischen 18 und 65 Jahren litten 2004 an mindestens einer psychiatrischen Erkrankung und ca. ein Viertel davon befand sich deshalb in Behandlung (Wittchen und Jacobi, 2005). Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit Migrationshintergrund mindestens genauso häufig an psychischen Krankheiten leiden wie Menschen ohne Migrationshintergrund (Bermejo et al., 2011; Grube, 2001). Daten zur Versorgung, insbesondere zur Inanspruchnahme psychiatrisch - psychotherapeutischer Behandlung bei Patienten mit Migrationshintergrund sind bis jetzt in Deutschland noch sehr lückenhaft, obwohl die Ergebnisse des Mikrozensus 2010 zeigten, dass fast ein Fünftel (19,3 %) der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund aufweist (Statistisches Bundesamt, 2011). Nach wie vor steht der zahlenmäßigen Bedeutung dieser sehr großen, jedoch heterogenen Gruppe ein Wissensdefizit in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung und Bedürfnisse dieser Personengruppe gegenüber. Wiederholt wurde diskutiert, ob und ggf. durch welche epidemiologischen Parameter sich Personen mit einem Migrationshintergrund kennzeichnen lassen (Mikrozensus, 2005; Schenk et al., 2006). Empirische Befunde weisen auf jeweils unterschiedliche Wahrnehmung, Inanspruchnahme und Effektivität des gesundheitlichen Versorgungssystems bei Migranten hin, dennoch gibt es hinsichtlich der Belastung dieser Personengruppe durch psychische Störungen nach wie vor wenig systematische Untersuchungen (Schenk et al., 2006; Machleidt et al., 2007; Mösko et al., 2008). Verschiedene Untersuchungen weisen auf häufigere Inanspruchnahme der notfallmedizinischer Versorgung (Borde et al., 2003; Braun, 2004; Borde et al., 2011), differierende Nutzung psychiatrischer Versorgung (Haasen et al., 1997; Koch et al., 2007), negative Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie (Calliess et al., 2007) und auf unterschiedliche Krankheitskonzepte (Penka et al., 2004; Franz et al., 2007) z. B. bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund verglichen mit Gruppen ohne Migrationshintergrund hin.

Frühere Studien zur Inanspruchnahme psychiatrischer - psychotherapeutischer Angebote zeigten, dass nur ca. 50 % der aufgrund des Anteils an der Wohnbevölkerung erwarteten Migranten in stationäre psychiatrische Behandlung kamen (Häfner, 1977, 1980; Holzmann et al., 1994; Koch, 2000; Wolfersdorf et al., 1999). Razum et al. (2004)

berichtet, dass Menschen mit Migrationshintergrund aus systemischen und individuellen Gründen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.

Schwerpunkt der vorgelegten Arbeit war es, zu erfassen, ob eine Versorgungslücke bezüglich der psychiatrischen - psychotherapeutischen Inanspruchnahme durch Patienten mit Migrationshintergrund gegeben ist, und wenn ja, welche diagnostischen und therapeutischen Einflussfaktoren hierbei eine Rolle spielen. Danach soll die Lücke im Bereich der Versorgungsforschung bezüglich Patienten mit Migrationshintergrund in der Psychiatrie verkleinert werden.

## **1.1. Migration**

Am Anfang der Ausführungen erscheint es sinnvoll, Begriffsklärungen und Besonderheiten in der Migrationsforschung voranzustellen und darauf hinzuweisen, welche Konsequenzen die dargestellten Konzepte für die weitere Forschung und für soziale und gesundheitliche Entscheidungen haben können. Hierin kann die Psychiatrie auch als ein Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen gesehen werden. Zudem ist hervorzuheben, dass kulturelle Aspekte die psychiatrische Arbeit mitprägen.

### **Definition und Beweggründe**

Der Begriff Migration entstammt dem lateinischen Wort migrare und bedeutet wandern oder wegziehen. Die Migration umfasst eine räumliche Bewegung zur längerfristiger bis dauerhafter Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Migration beinhaltet nicht nur die Zuwanderung, sondern auch Abwanderung (Han, 2000).

Erst mit dem Einsetzen der großen Überseewanderungen aus Europa ab etwa Mitte des 19. Jahrhunderts rückte das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung und Erklärung solcher Wanderungsprozesse in den Fokus. Als klassische Wanderungsgründe wurden Arbeitsmigration und Fluchtmigration bezeichnet. Die moderne Forschung unterteilt inzwischen differenzierter in Wanderungen, die national und international erfolgen. Die häufigsten Wanderungsgründe sind nach Treibel (1999) die Arbeitssuche, die Vertreibung

oder der Schutz vor Verfolgung mit der Absicht, die eigene Lebenssituation zu verbessern. Die Gründe für die Wanderungsentscheidung liegen dabei in wirtschaftlichen, politischen oder gesellschaftlichen Zusammenhängen. Nach Treibel (1999) erklärt die Sogtheorie, dargestellt am Push-and-Pull-Modell, das Zustandekommen eines Migrationsdruckes aus dem Gefälle zwischen zwei Ländern. Im Ursprungsland beeinflussen Druckfaktoren wie Arbeitslosigkeit, schlechte gesundheitliche Versorgung, niedriges Lohnniveau, Bildungsnot, Armut das Verhalten, und das Aufnahmeland hält Sogfaktoren wie Arbeitsplätze, höhere Gehälter und soziale Sicherheit sowie bessere gesundheitliche Versorgung vor. Des Weiteren beeinflusst auch die Berichterstattung über das Zielland sowie der Erfahrungsaustausch mit bereits Ausgewanderten oder ihren daheim gebliebenen Verwandten die Entscheidung über die Auswanderung. Diese können auch eine Gruppenmigration zur Folge haben (Treibel, 1999).

Die Entscheidung zur Migration kann eng verknüpft sein mit Konflikten der Auswanderungswilligen und ihrer näheren Umgebung, so dass dadurch auch eine gewisse Konfliktlösung erfolgt. Damit können häufig Verpflichtungen des Menschen mit Migrationshintergrund gekoppelt sein wie die Verpflichtung zur Rückkehr oder Zusicherung der finanziellen Unterstützung der Zurückgebliebenen (Dietzel - Papakyriakou, 1993).

### **Phasenmodell des Migrationsprozesses**

Sluzki (2001) erarbeitete ein Phasenmodell als Stressmodell des Migrationsprozesses, das kulturübergreifend valide sein soll. Das Modell besteht aus den Phasen: Vorbereitungsphase, Migrationsakt, Phase der Überkompensation, Phase der Dekompensation und Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse. Jeder dieser Phasen kann mit unterschiedlichen Risiken und Belastungsfaktoren einhergehen. Die Phase der Dekompensation gilt als die Phase, in der Menschen mit Migrationshintergrund die Gesundheitssysteme des aufnehmenden Landes aufsuchen (Haasen et al., 2006; Machleidt, 2007). Hier erfolgen die ersten Kontakte mit den Einrichtungen des Gesundheitssystems.

## **Mikrozensus 2005: die „kleine Volkszählung“**

Um einen Überblick über Menschen mit Migrationshintergrund zu gewinnen, sollen in diesem Abschnitt der vorgelegten Arbeit Daten des Statistischen Bundesamtes aufgeführt werden: Zum ersten Mal wurden „Personen mit Migrationshintergrund“ vom Statistischen Bundesamt im Mikrozensus 2005 erfasst, der so genannten „kleinen Volkszählung“. Erstmals wurde ein genaueres Bild der Vielfalt der Bevölkerung in Deutschland wiedergegeben, das die ungenauen „Ausländerstatistiken“ ablöst (Statistisches Bundesamt, 2006).

Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen:

- Die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Zugewanderten.
- Alle in Deutschland geborenen Ausländer.
- Alle in Deutschland Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.

Diese Definition umfasst Angehörige der 1. – 3. Migrantengenerationen.

Dem Mikrozensus zufolge lebten 2005 rund 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung war mit 18,6 % doppelt so hoch wie der Anteil der bisher erfassten Ausländer, d. h. die Menschen ohne deutschen Pass, die 9 % der Gesamtbevölkerung ausmachten. Deutsche mit Migrationshintergrund stellten die knappe Mehrheit (52 %) aller Personen mit Migrationshintergrund. Knapp 81 % der Gesamtbevölkerung hatten demnach keinen Migrationshintergrund. Über 27 % aller Kinder und Jugendlichen unter 25 Jahren hatten einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2006).

Die höchste Anzahl von Menschen "nicht-deutscher" Herkunft stellten Menschen mit türkischen Wurzeln (ohne deutschen Pass, 1,95 Millionen), die zweitgrößte Bevölkerungsgruppe bildeten die Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien (627.000), gefolgt von 616.000 Italienern.

Insgesamt wurde von ca. 200 verschiedenen Ethnien in Deutschland berichtet (Statistisches Bundesamt, 2006).

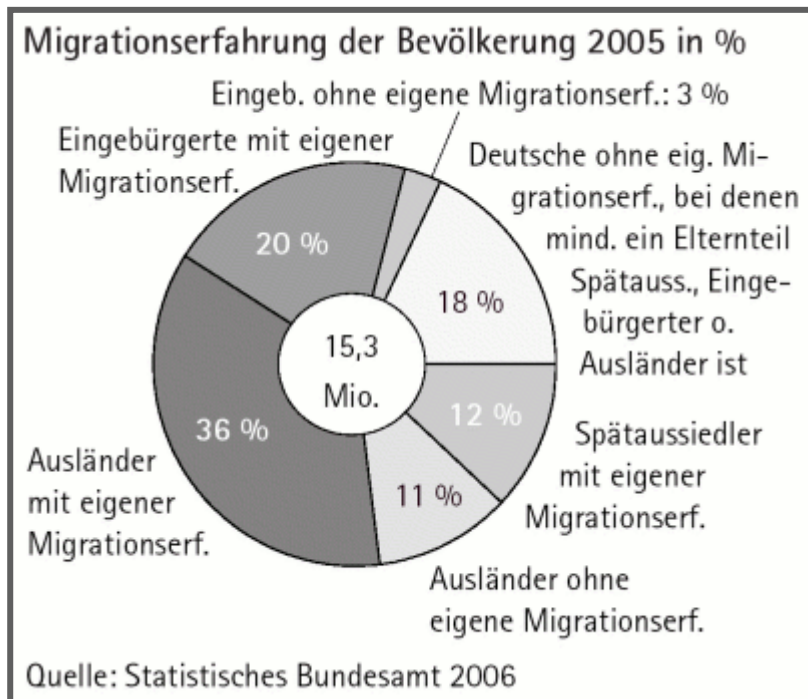


Abb.: **Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005 in %.** **Prozentuale Aufteilung der insgesamt 15,3 Mio. Personen mit Migrationserfahrung:** Statistisches Bundesamt 2006-15-0711

In folgenden „Volkszählungen“ wie im Mikrozensus 2010 zeigte sich, dass die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund zunimmt. 2010 lag diese mit 19,3 % der Gesamtbevölkerung bei 15,7 Millionen (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004,property=file.pdf>).

## 1.2. Transkulturelle Psychiatrie

Die **transkulturelle Psychiatrie** ist definiert als eine Richtung der Psychiatrie, die sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie, der Epidemiologie und dem Erscheinungsbild sowie der Therapie und Nachbehandlung psychischer Krankheiten bei Patienten aus anderen kulturellen Kontexten befasst. Die transkulturelle Psychiatrie (synonym ethnic



psychiatry, immigrant psychiatry, comparative psychiatry, cross-culture psychiatry) zählt nach Wittkower zur Sozialpsychiatrie (1972). Es handelt sich um eine kulturvergleichende psychiatrische Subdisziplin, die sich mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden psychischer Erkrankungen in verschiedenen kulturellen Kontexten beschäftigt (Kleinman, 1997; Kirmayer und Minas, 2000; Caraci und Mezzich, 2001; Kirmayer, 2006, 2007).

Die Hauptaufgaben der Transkulturellen Psychiatrie liegen auf dem Gebiet der kulturvergleichenden Analyse psychischer Störungen und in der Entwicklung von Therapieverfahren mit kulturspezifischer oder auch kulturübergreifender Wirksamkeit. In der Praxis geht es um eine möglichst gute psychiatrisch – psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung von Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten (Machleidt und Calliess, 2008; Schouler-Ocak, 2003, 2008, 2009, 2010; Koch et al., 2011) zu gewährleisten.

### **Psychiatrische Erkrankungen im Kulturvergleich**

Die Inzidenz von schweren psychischen Störungen verhält sich weltweit sehr ähnlich (WHO-Studie, 1977, 1992; Leff, 1992; Sartorius et al., 1977, 1983, 1996; Jablensky et al. 1992; Sartorius, 1986, 2000; Bhugra et al., 2004). In einer Metaanalyse von 161 Studien aus 33 Ländern konnten McGrath et al. (2004) doch eine größere Schwankungsbreite der Inzidenz von Schizophrenien finden, abhängig von Untersuchungsorten wie traditionelle, ländliche Gesellschaften oder Großstadregionen. Unbenommen kommt den soziokulturelle Kontextfaktoren ein erheblicher Einfluss auf die Verbreitung psychischer Störungen sowie auf die Häufigkeit kulturspezifischer Störungen (Jilek et al., 2000; Schouler-Ocak, 2010) und auf die jeweilige Präsentation von Symptomen in den entsprechenden kulturellen Kontexten zu.

In einer Metaanalyse von Saha et al. (2005) aus 188 Studien aus 46 Ländern konnten unabhängig vom Typ der Prävalenz (Punkt-, Perioden- oder Lifetime-Prävalenz) deutliche interkulturelle Schwankungen festgestellt werden. Die geschätzte Prävalenz von Schizophrenien in sog. am „wenigsten entwickelten“ Ländern lag mit einem Median von 2,62 auf 1000 Einwohner signifikant niedriger ( $p=.02$ ) als die geschätzte Prävalenz in „sich entwickelnden“ Ländern mit 4,69 auf 1000 Einwohner und den „entwickelten“ Ländern mit 3,3 auf 1000 Einwohner (Saha et al., 2005).

Zudem zeigten verschiedene Studien transkulturell ubiquitäre Kernsymptome schizophrener Störungen, zu denen verminderte Einsichtsfähigkeit, Affektabflachung, akustische Halluzinationen, wahnhaftes Erleben, Gefühl, kontrolliert zu werden (WHO 1973; Pfeiffer 1994; Machleidt und Peltzer, 1994; Ndeti und Vhader, 1984a; Suhail und Conchrane, 2002; Stompe und Friedmann, 2007) gezählt werden. Bei den Subtypen waren akute Formen und katatoner Typus häufiger in traditionellen Kulturen und paranoider Typus häufiger in den westlichen Kulturen vorzufinden. Akustische Halluzinationen waren in allen Kulturen am häufigsten. Der Einfluss der Kultur liess sich am besten im Inhalt und in der affektiven Konnotation der Halluzinationen und von Wahn kristallisieren (WHO, 1973; Pfeiffer, 1994; Machleidt und Peltzer, 1994; Ndeti und Vhader, 1984; Suhail und Conchrane, 2002; Stompe und Friedmann, 2007).

### **Kultursensible Anamnese**

Im Anhang F des DSM – IV – TR (Saß et al., 2003) befindet sich ein Vorschlag über einen Leitfaden zur kultursensiblen Anamneseerhebung und Therapie. Dieser ermöglicht eine systematische Betrachtung des sozio-kulturellen Hintergrundes eines Patienten mit Migrationshintergrund. Er ermöglicht die Erfassung der kulturellen Identität, der kulturellen Erklärungen für Erkrankungen, die psychosoziale Umgebung und Funktionsbereiche, die kulturellen Elemente in der Beziehung zwischen Arzt und Patient und eine abschließende Einschätzung des kulturellen Einflusses auf Diagnose und Therapie. Die Erfassung dieser Aspekte kann zu einer zuverlässigeren Einschätzung eines Phänomens bei einem Patienten mit Migrationshintergrund als normalpsychologisch oder eben als psychopathologisch (signs and symptoms) verhelfen (Mezzich, 1995).

Die Klassifikationssysteme ICD (International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death) der WHO (1991) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der APA (1996) sind im euro – amerikanischen Kulturkreisen entwickelt worden und gelten dementsprechend auch vorrangig in diesen kulturellen Kreisen. Nach Kleinman (1997) sind 90 % der in DSM - IV enthaltenen Kategorien „culture-bound“ zu Nordamerika und Westeuropa. Für die restlichen etwa 10 % der Kategorien, die nicht in diesen Regionen vorkommen, wird darin die Bezeichnung "culture-bound syndrome" gewählt (Kleinman, 1997).

### **1.3. Psychiatrische Morbidität bei Menschen mit Migrationshintergrund**

Migranten sind besonderen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Belastungen ausgesetzt (Collatz, 1994; Bollini und Siem, 2000; Razum et al., 2002) und aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit erhöhter Mortalität einhergeht (Marmot et al., 1991; Helmert et al., 1990; Razum et al., 2002). Entgegen dieser Daten weisen erwachsene Migranten aus verschiedenen Herkunftsländern eine niedrigere Mortalität auf. Dieser Mortalitätsvorteil der Migranten wird als Healthy-migrant-Effekt bezeichnet (Razum et al., 2002). Razum et al. (2002) fanden heraus, dass offenbar die Auswahleffekte bei der Migration nicht dazu beitragen. Der beobachtete initiale Mortalitätsvorteil ergebe sich eher aus internationalen Unterschieden im Todesursachenprofil. Zum anhaltenden Mortalitätsvorteil von älteren Menschen mit Migrationshintergrund aus den Anwerbeländern trage auch eine Verzerrung durch Late-entry-Bias bei. Das heißt, obwohl diese Migranten in den 60 – 70er Jahre kamen, können auf Mortalitätsdaten erst ab 80 - 90er Jahre zurückgegriffen werden (Razum et al., 2002).

In der wohl umfassendsten empirischen Arbeit, die von Häfner (1980) stammt, wurde in den Jahren 1974 –1977 die psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim untersucht. Nur 6,2 % der Aufnahmen waren Ausländer, während der Ausländeranteil an der Bevölkerung 11,8 % ausmachte. Häfner konnte durchgehend niedrigere Raten bezüglich aller psychiatrischen Diagnosen bei den Gastarbeitern gegenüber der deutschen Bevölkerung feststellen. In den positiven Selektionsvorgängen vor der Einwanderung und dem Wunsch nach sozialem Aufstieg im Gastland sah er eine protektive Funktion. Häfner konnte keine Diskriminierung ausländischer Patienten eruieren. Die von Häfner (1980) beschriebene geringere Morbidität bezüglich psychischer Erkrankungen ist offenbar im Zusammenhang mit dem Healthy-migrant-Effekt zu sehen. Auch die Veröffentlichungen von Holzmann et al. (1994) zeigten zwar, dass die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen bei Migranten deutlich geringer war als bei der deutschen Bevölkerung. Es ist aber auch zu beobachten und durch die Frankfurter Studie (Holzmann et al., 1994) belegt worden, dass der relative Anteil der Migranten in psychiatrischen Kliniken deutlich unter dem der deutschen Mitbürger lag. Als Ursache wurden immer wieder u. a. die geringen sprachlichen Kenntnisse, die fehlende Akzeptanz gegenüber deutschen psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen, sowie ein unterschiedliches

Verständnis für Krankheiten und das Fehlen von migrantenspezifischen Angeboten diskutiert (Holzmann et al., 1994).

Laut Bermejo et al. (2011) deutet die aktuelle Datenlage eher darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein ähnlich hohes Morbiditätsrisiko für psychische Erkrankungen aufweisen wie Menschen ohne Migrationshintergrund.

Bezüglich der Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund liefern nur wenige Studien aussagekräftige Ergebnisse. Diese weisen darauf hin, dass die Häufigkeit psychischer Störungen bei Migranten zumindest nicht niedriger liegt als bei der einheimisch deutschen Bevölkerung (Bermejo et al., 2011, 2010). So wird berichtet, dass unter besonderen Bedingungen (Asylverfahren, Vertreibung, Isolation, soziale Brennpunkte, Bildungsferne, Armut, Ethnic Density) und für bestimmte Störungen (akute Belastungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Diskriminierungserfahrungen, Somatisierungsstörungen (Veling et al., 2008; Gül et al., 2008; Tagay et al., 2008; Igel et al., 2010) sowie bei Subgruppen (z. B. Alkoholabhängigkeit bei Migranten aus der ehemaligen UdSSR (Koch et al., 2008; Schouler-Ocak und Haasen, 2008) ein höheres Risiko besteht (Wohlfahrt und Zaumseil, 2006; Assion, 2005).

Während sich die meisten deutschen Studien mit den großen Gruppen türkischer und russischsprachiger Migranten befassen, ist die Verteilung der Nationalität der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (nahezu alle Länder sind vertreten, insbesondere Menschen aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, der ehemaligen UdSSR, Italien, Spanien, Griechenland, aber auch aus afrikanischen und asiatischen Ländern) jedoch lokal und regional sehr unterschiedlich (Statistisches Bundesamt, 2006).

Eine Studie an polnischen und vietnamesischen Migrantinnen und Migranten in Leipzig zeigte, dass z. B. eine höhere Ausprägung von Angst und Depressivität in beiden Migrantengruppen verglichen mit der einheimischen Bevölkerung bestand (Merbach et al., 2008). Auch in internationalen Studien wird darauf hingewiesen, dass Migranten ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben (Carballo 2005; Bhugra, 2004). Erlebnisse wie Traumatisierungen vor, während und nach der Migration werden dabei als Belastungsfaktoren (Bhui et al., 2003; Gerritsen et al., 2006; Schweiter et al., 2006) diskutiert, während der Grad der Vernetzung mit Menschen aus dem Heimatland,

kulturelle Ähnlichkeiten bzw. Gegensätze der „neuen Heimat“ und der subjektiv erlebte Erfolg der Migration als protektive Faktoren angenommen werden (Porter et al., 2005 ; Gruesser et al., 2005).

In der Metaanalyse von Swinnen und Selten (2007) wird Migration als ein Risikofaktor für affektive Störungen (inklusive Bipolaren Störungen) diskutiert. In der Medline Analyse, in der alle populationsbasierten Studien aus den Jahren 1966 bis 2005, die in peer-reviewten englischsprachigen Journalen veröffentlicht wurden, ergab sich lediglich, dass für alle affektiven Störungen nur ein leicht erhöhtes Risiko besteht (Swinnen und Selten, 2007). Da zu wenige Studien vorhanden waren, war allerdings jedoch keine Aussage über unipolare depressive Störungen möglich.

In anderen Studien wird berichtet, dass Depressionen im Alter häufiger bei Migranten im Vergleich zu gleichaltrigen Einheimischen auftreten. Als mögliche Ursachen werden u. a. Remigrationskonflikte (Bhugra, 2005), intrafamiliäre Akkulturationskonflikte (Porter und Haslam, 2005) und Verlust des Partners im fremden Land (Grüsser et al., 2005) diskutiert.

In einigen internationalen Studien wurde auf ein erhöhtes Risiko für Psychosen bei Migranten aus Karibik (Caribbean Black) in GB (Murray et al., 1999; Sharpley et al., 2001; Fearon et al., 2006), bei Migranten aus Surinam, den niederländischen Antillen und Marokko in den Niederlanden (Selten et al., 2001; Veling et al., 2006), bei Migranten aus Australien, Afrika und Grönland in Dänemark (Cantor-Graae et al., 2003) hingewiesen. Ein erhöhtes Interesse wurde erst auf die sozialen Lebenswelten von Migrantengruppen gerichtet, nach dem die Datenlage in den Studien zugrundeliegenden biologischen Ursachen keine klaren Schlüsse gebracht haben. In der Metaanalyse von Cantor-Graae und Selten (2005) wurde für Migranten Erster Generation das Mittlere Relative Risiko für Schizophrenie bei 2,7 und für Migranten der Zweiten Generation für Schizophrenie bei 4,5 beschrieben. Für Migranten aus Entwicklungsländern lag das Relative Risiko mit 3,3 deutlich höher, mit 4,8 am höchsten für Migrantengruppen aus Ländern mit einem grösseren Anteil an Menschen dunklen Hautfarben. Als Ursache wurden u. a. psychosoziale Stressfaktoren und soziale Ungleichheit diskutiert. Zu vermuten ist auch, dass Menschen mit dunklerer Hautfarbe mehr Diskriminierungen ausgesetzt sind.

Versorgungsstudien zur Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote in Deutschland begnügten sich bis vor kurzem nur mit regionalen Daten, in

denen berichtet wurde, dass nur ca. 50 % der aufgrund des Anteils an der Wohnbevölkerung erwarteten Patienten mit Migrationshintergrund in stationärer psychiatrischer Behandlung tatsächlich ankamen (Häfner, 1980; Holzmann et al., 1994; Beck und Hoffmann, 1997; Wolfersdorf et al., 1999). Konkretere Daten lagen nicht vor (Koch und Brähler, 2008; Linder et al., 2008), obwohl aus der Gesundheitsforschung bekannt ist, dass viele Migranten (u.a. abhängig vom Sozialstatus und der Bildung) in erheblich geringerem Umfang Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsprogramme in Anspruch nehmen (Nationaler Integrationsplan der Bundesregierung, 2007; Assion, 2005), während zugleich die krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage bei Migranten eher niedriger registriert wurden (Razum et al., 2008). Repräsentative Daten zur psychischen Morbidität von Menschen mit Migrationshintergrund fehlten weitgehend (Claasen et al., 2005).

In einer Arbeit aus Frankfurt, die Zwangseinweisungsfrequenz von Migranten mit psychischen Störungen zum Thema hatte, konnte aufgrund der erhobenen Daten nicht von einer generellen Minderinanspruchnahme psychiatrisch / psychotherapeutischer Angebote pflichtversorgender Kliniken durch Migranten oder Mitglieder ethnischer Minderheiten ausgegangen werden (Grube, 2009). Bei stationären Behandlungen in dieser Gruppe ist die Zwangseinweisungsquote, definiert als Anzahl der Zwangseinweisungen bezogen auf die Gesamtzahl der stationären Aufnahmen, jedoch größer. Möglicherweise verstärken Kultur- und Sprachprobleme bei Migranten mit schwereren Störungen ohnehin bestehende Vorbehalte gegenüber psychiatrischer Behandlung. Solche Patienten kommen ungern in stationäre psychiatrische - psychotherapeutische Behandlung. Allerdings fanden sich niedrigere Inanspruchnahme psychiatrischer Hospitalisierungen durch Migranten v. a. aus der Türkei und Mittelmeerränderstaaten als der Migrantenanteil in der Bevölkerung, (Grube, 2009). Es kristallisierte sich zudem heraus, dass insgesamt die Zwangseinweisungsrate (pro 100 000 Einwohner) bei Migranten geringer war, allerdings mit Ausnahme von Subgruppen, bei denen eine signifikant höhere Zwangseinweisungsquote festgestellt wurde, wenn männliches Geschlecht und die Diagnose Sucht / Intoxikation zusammen trafen. Etwa 55 % der männlichen Patienten mit Migrationshintergrund und Suchterkrankung / Intoxikation wurden nämlich zwangsweise untergebracht (Grube, 2009).

Als Inanspruchnahmebarrieren für Migranten zum Gesundheitssystem werden beschrieben sprachliche Verständigungsprobleme, Unkenntnis des Hilfesystems (Czycholl, 1999) sowie Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen (Grüsser und Becker, 1999; Grüsser et al., 2005). Aus kulturell unterschiedlichem Verständnis der Entstehung und Behandlung von Krankheiten können auch Zugangsbarrieren resultieren (Penka et al., 2003, 2004).

## **2. Untersuchungsziele**

Ein wesentliches Ziel der vorgelegten Arbeit war es, die Versorgungssituation von Patienten mit Migrationshintergrund in psychiatrischen - psychotherapeutischen Einrichtungen deutschlandweit zu erfassen. Von Interesse war dabei insbesondere die Inanspruchnahme psychiatrischen - psychotherapeutischen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen durch Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu einheimischen Patienten sowie die länderübergreifende Erfassung der Prävalenz von Depression bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 50 Jahren und älter im Vergleich zu gleichaltrigen Einheimischen.

Des Weiteren ging es um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Erklärungsmodellen und Behandlungserwartungen süchtigen Verhaltens einheimisch deutscher, russland-deutscher und türkischer Jugendlicher. Denn Zugangsbarrieren können auch aus einem kulturell unterschiedlichen Verständnis der Entstehung (Erklärungsmodelle) und Behandlung von Krankheiten (Behandlungserwartungen) resultieren (Kleinman, 1980; Penka et al., 2003; Tseng, 2004; Heinz und Kluge, 2011). Auch der Grad der interkulturellen Öffnung der Einrichtungen im Versorgungssystem beeinflusst die Inanspruchnahme der Angebote (Gün, 2009). Anzunehmen ist, dass interkulturell offene Einrichtungen mit einer besseren Inanspruchnahme einhergehen und die interkulturelle Öffnung die Zugangsbarrieren senkt.

In Deutschland existiert bislang wenig Forschung, die sich mit psychischen Störungen und deren Behandlung bei Menschen mit Migrationshintergrund befasst. Ziele unserer Untersuchungen sind zusammenfassend die Erfassung der Versorgungssituation von

Patienten mit Migrationshintergrund und ihre mögliche Verbesserung sowie Konsequenzen für die Forschung, Lehre und Praxis.

### **3. Vorstellung eigener Arbeiten**

#### **3.1. Pilotstudie**

Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, **Schouler-Ocak M**. Patienten mit Migrationshintergrund in stationären - psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt* 2008;79 (3):328-339.

Primäres Untersuchungsziel war, Daten zur aktuellen Inanspruchnahme der stationären Behandlung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie durch Menschen mit Migrationshintergrund zu erfassen. Dabei sollten der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund im stationären Bereich, ihre Nationalität, ihre Herkunft, und weitere soziodemografische Daten dokumentiert werden. Ein weiteres Untersuchungsziel war zu erfassen, in welchem Ausmaß diagnostische und therapeutische Prozeduren durch sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme belastet oder erschwert waren.

In unserer Pilotstudie in 12 psychiatrischen Krankenhäusern mit über 2211 Betten stellte sich heraus, dass in den befragten Institutionen insgesamt 17,4 % der stationär psychiatrisch – psychotherapeutisch behandelten Patienten einen Migrationshintergrund aufwiesen. Menschen mit Migrationshintergrund wurden in den antwortenden Kliniken demnach ihrem Bevölkerungsanteil von 18,6 % (Mikrozensus 2005) annähernd stationär behandelt. Überraschend war der geringere Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit 11,4 %. Zudem zeigten sich lokale und regionale Unterschiede, Unterschiede bei den Diagnosen (schizophrene Störungen waren z. B. bei Migranten überrepräsentiert) und ein Überwiegen von Migranten aus der Türkei und aus Osteuropa mit deutlichen Diagnoseunterschieden. Patienten mit türkischer Herkunft erhielten mehr Diagnosen aus dem Spektrum der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) und der



Affektiven Störungen (F3), bei Patienten aus Osteuropa wurden dagegen signifikant häufiger Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) festgestellt.

Interessant war auch der Befund, dass Patienten mit Migrationshintergrund mit 27,2 % in der forensischen Psychiatrie deutlich überrepräsentiert waren. Dagegen waren Patienten mit Migrationshintergrund mit knapp 9,2 % in der Gerontopsychiatrie und sogar mit nur 4,5 % in den psychotherapeutischen Abteilungen unterrepräsentiert.

Unsere Pilotuntersuchung konzentrierte sich auf Patienten mit Migrationshintergrund aus Kliniken, in denen es ein besonderes Interesse an der Arbeit mit dieser Patientengruppe existierte und entsprechende strukturelle Angebote vorhanden waren. Deshalb können die Zahlen in anderen Einrichtungen niedriger liegen. Um repräsentative Daten zu erheben, wurde eine neue Studie durchgeführt.

### **3.2. Repräsentative bundesweite Umfrage**

**Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek M, Hauth I, Heinz A.** Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities - A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry* 2008;(23)1:21-7.

In einer repräsentativen Umfrage wurden 350 psychiatrisch – psychotherapeutische Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland angeschrieben; es handelte sich um Kliniken, deren Leiterinnen und Leiter in der Bundesdirektorenkonferenz (BDK e. V.: Verband Leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, 220 Mitglieder) oder in der ACKPA (Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland, 191 Mitglieder) organisiert sind. Die Bundesdirektorenkonferenz unterstützte die Erhebung, so dass die Motivation zur Teilnahme gestärkt und die Instruktionen in den Einrichtungen besser vermitteln werden konnten. Die bereits von der AG „Psychiatrie und Migration“ zur Pilotstudie eigens konstruierten Fragebögen wurden modifiziert und die

Datenerfassung erfolgte zum gleichen Zeitpunkt wie die Psych PV- Stichtagserhebung am 19.07.2006.

Untersuchungsziel war, repräsentative Daten zur aktuellen Inanspruchnahme der stationären Behandlung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie durch Menschen mit Migrationshintergrund zu erfassen. Dabei sollten der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund im stationären Bereich, ihre Nationalität, ihre Herkunft, weitere soziodemografische Daten, sowie die mögliche Beeinflussung der Diagnostik und der Therapie durch den Migrantensstatus der Patienten dokumentiert werden.

Diese im Vergleich zu Koch et al. (2008) breiter angelegte, repräsentative Folgeuntersuchung ermöglichte eine differenziertere Analyse der Konfigurationen von Merkmalskombinationen auch in Subgruppen von Migranten. Zudem erfolgte eine parallele Datenerhebung an einheimischen Patienten.

Mit dieser Untersuchung konnten wir die Ergebnisse der Pilotuntersuchung bestätigen. 17 % der Patienten in den psychiatrischen – psychotherapeutischen Einrichtungen hatten einen Migrationshintergrund. Dem Mikrozensus 2005 zufolge hatten 18,6 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Somit konnten wir zeigen, dass Patienten mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung die psychiatrischen - psychotherapeutischen Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Wir konnten zudem feststellen, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund signifikant häufiger eine Diagnose aus dem Spektrum der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) gestellt wurde. Interessanterweise wiesen die Angaben der Stationsteams zu Verständigungsproblemen darauf hin, dass gerade bei Patienten mit Migrationshintergrund mit einer F2 - Diagnose die Verständigungsprobleme als signifikant höher eingeschätzt wurden als bei Patienten ohne diese Diagnose, so dass bei einem Teil Fehldiagnosen aufgrund von Verständigungsproblemen anzunehmen waren.

Die Datenlage bezüglich der Inanspruchnahme von stationärer - psychiatrischer Versorgung konnte mit unserem Ergebnis aktualisiert werden. Hierbei handelt es sich um die erste bundesweite repräsentative Erhebung, die eine Datenlücke schließt.

Bezüglich der signifikant häufigen F2 – Diagnosen bei Migranten haben auch internationale Studien wie die Metaanalyse von Cantor-Graae und Selten (2005) gezeigt, dass das Relative Risiko an einer Psychose zu erkranken bei Migranten höher liegt. In anderen internationalen Studien wurde auf ein erhöhtes Risiko für Psychosen bei Migranten aus Karibik (Caribbean Black) in GB (Murray et al., 1999; Sharpley et al., 2001; Fearon et al., 2006), bei Migranten aus Surinam, den niederländischen Antillen und Marokko in den Niederlanden (Selten et al., 2001; Veling et al., 2006), bei Migranten aus Australien, Afrika und Grönland in Dänemark (Cantor-Graae et al., 2003) hingewiesen. Unsere Daten zeigten zwar signifikant häufiger F2 – Diagnosezuordnung bei Migranten, dies galt jedoch nicht für eine bestimmte Subgruppe von Migranten. Haasen et al. (2000) konnten feststellen, dass bei der Diagnoseüberprüfung durch einen Muttersprachler sich bei 18 % die Diagnose als nicht zutreffend erwies. Insgesamt zeigten die Ergebnisse von Haasen et al. (2000), dass bei der diagnostischen Beurteilung dem kulturellen Kontext der Patienten eine wichtigere Bedeutung zukommt als den formal - sprachlichen Aspekten der Kommunizierbarkeit. Daher ist zu fordern, dass bei Verständigungsproblemen im diagnostischen und therapeutischen Prozess ein Sprach- und Kulturvermittlers hinzugezogen werden sollte.

### **3.3. Bundesweite Umfrage in Psychiatrischen Institutsambulanzen**

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Heredia-Montesinos A, Koch E, Driessen M, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft und Patienten ohne Migrationshintergrund. Psychiatr Prax 2010;37(8):384-90.

In einer repräsentativen Umfrage wurden 318 psychiatrisch - psychotherapeutische Kliniken mit insgesamt 366 Institutsambulanzen (n=366) in der Bundesrepublik Deutschland angeschrieben. Es handelte sich dabei um Kliniken, die in der Bundesdirektorenkonferenz (BDK e. V.: Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, 220 Mitglieder) oder in der ACKPA (Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und

Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland, 191 Mitglieder) organisiert sind, so dass fast alle Institutsambulanzen in den psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern erfasst werden konnten. Die Datenerhebung wurde am 27. Mai 2008 durchgeführt (Stichtag).

Repräsentative Daten zur Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) lagen nicht vor, so dass eines der Untersuchungsziele die Erfassung eben dieser Daten darstellte. Als Hypothesen wurden zudem angenommen, dass die PIAs aufgrund der niedrigschwelligen Angebote durch Patienten mit Migrationshintergrund mehr in Anspruch genommen werden. Auch das multiprofessionelle Team der PIAs führt zur besseren Inanspruchnahme. Es wurde auch angenommen, dass Patienten mit Migrationshintergrund wahrscheinlich mit anderen Diagnoseschwerpunkten in den PIAs behandelt werden. Ihre Behandlung dauert länger und sie erhielten längere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Wir konnten feststellen, dass 32,5 % der Patienten in den PIAs einen Migrationshintergrund hatten und sie somit in den PIAs überrepräsentiert waren. Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Untersuchung war, dass sich im Gegensatz zu den Daten der in Vorstudien erfassten, stationär behandelten Patienten mit Migrationshintergrund, die signifikant häufiger eine Diagnose aus dem Spektrum der F2 - Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) erhalten hatten, bei den ambulant behandelten Patienten diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den einheimischen Patienten fanden. In den PIAs ambulant behandelte Patienten mit einem Migrationshintergrund wiesen signifikant häufiger eine Diagnose aus dem Bereich Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen auf im Vergleich zu einheimischen Patienten. Patienten mit türkischem Migrationshintergrund erhielten im Vergleich zu deutschen und osteuropäischen Patienten signifikant häufiger eine Diagnose aus dem Bereich Affektive Störungen (F3). Patienten mit Migrationshintergrund befanden sich insgesamt kürzer in psychiatrischer Behandlung und erhielten längere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt. Razum et al. (2008) hatten dagegen berichtet, dass Migranten eher niedrigere krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitstage erhielten. Offenbar sind die psychiatrischen Störungen schwerwiegender, so dass

Migranten in den PIAs längere AU-Bescheinigungen ausgestellt werden. Möglicherweise spielen auch die Verständigungsprobleme dabei eine Rolle.

Bezüglich der Hypothesen konnte bestätigt werden, dass die PIAs besser von Patienten mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen werden. Offenbar tragen die Niedrigschwelligkeit der Behandlungsangebote, das multiprofessionelle Behandlungsteam und die Möglichkeit der Hinzuziehung von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern, die über die Pauschalen der PIAs einfacher zu finanzieren sind, zu dieser deutlich besseren Inanspruchnahme bei.

Insgesamt scheinen die Strukturen der PIAs Patienten mit Migrationshintergrund besser anzusprechen, so dass zu fordern wäre, bundesweit die Angebote der PIAs zu erweitern. In einer künftigen Untersuchung sollten die Beweggründe für die Inanspruchnahme der PIAs durch Patienten mit Migrationshintergrund näher erforscht werden. Diese Untersuchung sollte zugleich eine mögliche Fehlsteuerung ebenfalls im Blick haben.

#### **3.4. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)**

Aichberger MC\*, Schouler-Ocak M\*, Busch M, Mundt A, Nickels E, Heimann HM, 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). *Eur Psychiatry* 2010;25(8):468-75.

\*These authors contributed equally to this work.

In einem repräsentativen Survey zur Gesundheit, zum Alter und zur Berentung erfolgte eine länderübergreifende, multidisziplinäre, haushaltbasierte Stichprobenbefragung in 11 europäischen Staaten mit einer Gesamtstichprobe von über 28.517. Ziel dieser Studie war es, die Prävalenz von Depression bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 50 Jahren und älter im Vergleich zu gleichaltrigen Einheimischen zu erfassen. Zur Messung der Depression wurde die EURO-D-Skala eingesetzt. Des Weiteren wurden Einflüsse von soziodemographischen Variablen, somatischen Komorbiditäten, Funktionsstörungen, kognitiven Funktionen, geographischen Regionen sowie Dauer des

Aufenthaltes im Aufnahmeland analysiert. Als wesentliche Ergebnisse konnten festgehalten werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Migrantenstatus und der Prävalenz der Depression in Nord- und Westeuropa bestand. Es wurden sowohl bei der einheimischen Bevölkerung wie bei Bewohnern mit Migrationshintergrund höhere Prävalenzzahlen für Depressionen in Südeuropa im Vergleich zu Nord- und Westeuropa eruiert. Das heißt, in Südeuropa war die Anzahl der an einer Depression erkrankten Menschen insgesamt höher, sowohl bei Menschen mit als auch ohne Migrationshintergrund. Dies könnte damit in Zusammenhang stehen, dass in Südeuropa mehr Risikofaktoren wie Arbeitslosigkeit und geringe Pensionen festgestellt wurden.

Zusammenfassend konnte bei Menschen mit Migrationshintergrund erster Generation im Alter von 50 Jahren und älter eine erhöhte Prävalenz von Depressionen, mit geographischen Unterschieden und zusätzlich zu den bekannten Risikofaktoren wie Scheidung, Sozialstatus und Erwerbsstatus, erfasst werden. Dies ist umso wichtiger, da mit zunehmendem Alter die Suizidalität und das Demenzrisiko zunehmen. Depression und Suizidalität sind eng miteinander gekoppelt und die Depression bildet ein Risikofaktor für Demenzerkrankungen dar. Aus diesen Gründen kommt der Erkennung und Behandlung der Depression gerade bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine entscheidende Rolle zu.

### **3.5. Erklärungsmodelle abhängigen Verhaltens**

Penka S, Heimann H, Heinz A, **Schouler-Ocak M**. Explanatory Models of Addictive Behaviour Among Native German, Russian-German, and Turkish Youth. *Eur Psychiatry* 2008;(23)1:36-42.

Migranten mit Abhängigkeitserkrankungen nehmen das professionelle Hilffsystem vermindert in Anspruch. Als Zugangsbarrieren werden meist sprachliche, soziokulturelle und aufenthaltsrechtliche Faktoren diskutiert. Kulturelle Unterschiede in den Erklärungsmodellen abhängigen Verhaltens wurden bislang kaum untersucht. Diese

benennen im Sinne von „Folk knowledge“ die wesentlichen Ursachen, Symptome und Therapiestrategien einer Erkrankung (illness).

Wir untersuchten die Erklärungsmodelle abhängigen Verhaltens und psychischer Erkrankungen bei 84 einheimisch deutschen und russland-deutschen Jugendlichen und verglichen sie mit einer vorhergehenden Untersuchung bei 104 türkisch-stämmigen und deutschen Jugendlichen. Vorausgegangen war die Erfassung der Erklärungsmodelle von türkischen Drogenabhängigen (Penka et al., 2003). Die Begriffe wurden mittels „Free listing“ erhoben und dann anhand des „Pilesort“ Verfahrens einzelnen Krankheitsbildern zugeordnet.

Durch die Methoden „Free listing“, „Pilesort“, hierarchische Clusteranalysen und multidimensionale Skalierung konnten wir semantische Karten erstellen und so Erklärungsansätze abhängigen Verhaltens einheimisch deutscher, russland-deutscher und türkischer Jugendlicher vergleichen. Während die Erklärungsansätze der deutschen und deutsch-russischen Jugendlichen ähnlich waren, machten türkisch-stämmige Jugendliche erstaunlicherweise keinen wesentlichen Unterschied zwischen den illegalen und den legalen Drogen (Alkohol und Nikotin). Ess-Störungen wurden von den deutschen und russland-deutschen, nicht aber den türkischen Jugendlichen mit Begriffen wie „peinlich“ und „Schande“ in Verbindung gebracht. Sie ordneten Ess-Störungen anders als die deutschen und russland-deutschen Jugendlichen nicht zu den Suchterkrankungen zu. Überraschend wurden medizinisch zentrale Konzepte, mit denen Abhängigkeitserkrankungen beschrieben werden, wie Begriffe „körperlichen Abhängigkeit“, von fast der Hälfte der türkischen Jugendlichen als unbrauchbar zur Kennzeichnung einer Sucht bezeichnet. Dieses Ergebnis stellt eine wichtige neue Information für die Versorgung von Betroffenen mit türkischem Migrationshintergrund dar, denn sie weisen insbesondere darauf hin, dass die bestehenden Informationsmaterialien nicht nur übersetzt, sondern gezielt die Besonderheiten der jeweiligen Subgruppen berücksichtigend auch überarbeitet werden sollten.

## **4. Diskussion**

### **4.1. Epidemiologische Befunde**

In Deutschland existierte bis vor wenigen Jahre nur wenig Forschung, die sich mit psychischen Störungen und deren Behandlung bei Menschen mit Migrationshintergrund befasste (Claasen et al., 2005; Lindert et al., 2008). Vor diesem Hintergrund war von Interesse, Daten zur aktuellen Versorgungssituation bezüglich der Inanspruchnahme der stationären Behandlung in den Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie durch Menschen mit Migrationshintergrund zu erfassen. Frühere Hinweise (Koch, 2000) auf große regionale Schwankungen bezüglich der Inanspruchnahme stationärer - psychiatrischer Behandlung durch Patienten mit Migrationshintergrund konnten durch unsere Pilot - Untersuchung nicht bestätigt werden. Überraschend war der geringe Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund mit 11,4 % in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Gerade bei Kindern und Jugendlichen machen diejenigen mit eigenem und insbesondere familiärem Migrationshintergrund einen höheren Anteil pro Jahrgang aus als bei Erwachsenen (Statistisches Bundesamt, 2010). Offenbar sind für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien Barrieren der Inanspruchnahme von Psychodiagnostik und -therapie noch höher als bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund (Schepker et al., 2003). Hingegen waren Patienten mit Migrationshintergrund in der Abteilung der forensischen Psychiatrie mit 27,2 % überrepräsentiert (Koch et al., 2008). Dass Migranten in der Forensik überrepräsentiert sind, könnte darauf zurückzuführen sein, dass sie offenbar leichter in der Forensik untergebracht werden. Zukünftige Untersuchungen sollten angestrebt werden, um die näheren Umstände für diese Daten zu erfassen. Dabei könnte der Fokus auch darauf gelenkt werden, ob auch in der Dauer der Unterbringung zwischen Migranten und einheimische Patienten Unterschiede zu eruieren sind. Auch in anderen Untersuchungen wurde berichtet, dass überproportional viele Migranten im Maßregelvollzug und nach Psych KG in Psychiatrischen Kliniken untergebracht sind (Hill und Röhl, 2002; Koch et al., 2008; Leidinger, 2010). Es handelt sich hier aber nur um einzelne Berichte, eine systematische Untersuchung fehlt bislang. Diese Ergebnisse lassen jedoch vermuten, dass Migranten offenbar häufiger unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen stationär untergebracht werden. Gründe dafür könnten in sprach- und kulturgebundenen



Verständigungsproblemen, Fehldiagnosen und Missverständnissen liegen. Auch die Ausschöpfung der ambulanten Ressourcen kann ein Grund dafür sein, dass Migranten häufiger untergebracht werden.

In der Abteilung für Psychotherapie / Psychosomatik waren Patienten mit Migrationshintergrund mit nur 4,5 % deutlich unterrepräsentiert (Koch et al., 2008). Offenbar werden im stationär psychotherapeutischen Bereich weniger Migranten der Psychotherapie zugeführt. Die Versorgungssituation bezüglich der Psychotherapie ist insgesamt als schwierig einzustufen. Nicht die muttersprachliche Psychotherapie, sondern die interkulturelle Psychotherapie ist die Regel, da es zum einen nicht in ausreichender Zahl entsprechende Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, sondern auch weil diese nicht immer eine Ermächtigung erhalten (Gün, 2008; Erim-Frodermann et al., 2000; Erim und Senf, 2002). Offenbar ist diese Patientengruppe von einer wesentlichen Therapiesäule, der Psychotherapie, fast ausgeschlossen (Machleidt und Heinz, 2008; Koch et al., 2008).

In unserer Studie zur Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) zeigte sich, dass Patienten mit Migrationshintergrund mit 32,5 % überrepräsentiert sind. Eine Behandlung im Sinne der Richtlinienpsychotherapie ist per Gesetz allerdings in den PIAs ausgeschlossen (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesverband (KBV), unter 3.). Das heißt, auch in den PIAs erhalten Patienten mit Migrationshintergrund keine Psychotherapie im engeren Sinne.

Künftig müssen Bemühungen in die Richtung gehen, auch der Patientengruppe mit Migrationshintergrund die Partizipation an der Psychotherapie zu ermöglichen. Bisherige Bemühungen, diese Lücke z. B. über Geltendmachung von Sonderbedarfen zu schließen, sind fehlgeschlagen. Zugleich zeigten die Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation, dass Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, die eine stationäre psychosomatische - psychotherapeutische Behandlung aufsuchten, im Durchschnitt stärker psychopathologisch und sozialmedizinisch belastet waren als Patienten ohne diesen Migrationshintergrund

(Möske et al., 2008, 2011). Die Autoren berichteten, dass bei den mit den zur Verfügung stehenden Maßnahmen bedeutsame Behandlungserfolge bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund vergleichsweise schwerer zu erzielen waren (Möske et al., 2008, 2011). Aus Sicht der Autoren erscheine es daher insgesamt sinnvoll, u. a. migrationspezifische Faktoren und ethnokulturelle Verhaltens- und Erlebnismuster stärker im psychotherapeutischen bzw. rehabilitativen Prozess zu berücksichtigen und Maßnahmen der Qualitätssicherung migrations sensitiv zu gestalten (Möske et al., 2008, 2011). Behandlungskonzepte sollten sich also stärker an den Bedürfnissen von Patienten mit Migrationshintergrund orientieren (Möske et al., 2011).

In unserer repräsentativen Hauptuntersuchung konnten wir überraschend nachweisen, dass im Durchschnitt 17 % der Patienten in stationären und teilstationären psychiatrischen Bereichen einen Migrationshintergrund hatten. Demnach werden Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem durchschnittlichen Bevölkerungsanteil (Mikrozensus 2005, 18,6 %) stationär psychiatrisch behandelt (Koch et al., 2008; Schouler-Ocak et al., 2008, 2009). Es handelt sich bei diesen Daten um die ersten repräsentativ erfassten quantitativen Daten, die allerdings keine Aussage über die Behandlungsqualität zulassen. Gleiche Inanspruchnahme bedeutet nicht gleiche Behandlungsqualität. In den von uns durchgeführten Studien lag der Schwerpunkt nicht in der Untersuchung der Behandlungsqualität, auch wenn sich bislang nur wenige Arbeiten mit der Erfassung der Behandlungsqualität und Zufriedenheit von Patienten mit Migrationshintergrund beschäftigen. Zukünftige Studien sollten sich auch der Analyse der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit von Patienten mit Migrationshintergrund widmen. Denn in einer spanischen Studie konnte nachgewiesen werden, dass Migranten kürzer und nicht gleich behandelt werden, so z. B. mehr Depot-Neuroleptika erhielten (Alda Díez et al., 2010). Lediglich in einer Untersuchung aus Deutschland wurde mitgeteilt, dass Migranten eine schlechtere Behandlungszufriedenheit an gaben (Möske et al., 2008).

In diesem Zusammenhang sollten auch alternative Behandlungswege und -systeme, die parallel oder allein in Anspruch genommen werden, diskutiert werden. Diese können sein Heimatbehandlung wie z. B. Entgiftungsbehandlungen in der Türkei oder

Intervallbehandlungen in der Heimat. Zu den Alternativen zählt auch die Konsultation von traditionellen Heilern (Assion et al., 1999, 2007, 2011; Stöckig und Machleidt, 2011). Diese alternativen Behandlungsmaßnahmen werden oft nicht von selbst berichtet, sondern erst auf konkrete Nachfrage. So konnten Assion et al. (1999, 2007) eruieren, dass knapp 50 % der Patienten mit Migrationshintergrund parallel oder zuvor einen traditionellen Heiler aufsuchen. Es ist zu empfehlen, konkret danach zu fragen, da die psychiatrische Behandlung durch diese Parallelbehandlung beeinflusst werden kann. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass die Zugangsbarrieren in allen Ethnien gleichermaßen vorhanden sind, sondern diese genauso facettenreich sind wie die Ethnien selbst. In unserer Studie konnten wir unterschiedliche Inanspruchnahmen der stationären - psychiatrischen Behandlung bei z. B. Patienten mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund eruieren. 20,8 % der Patienten hatten osteuropäischen und nur 6,2 % türkischen Migrationshintergrund; osteuropäische Migranten waren also in den teilnehmenden Einrichtungen überrepräsentiert.

Wie auch in zahlreichen internationalen Studien (Swinnen und Selten, 2007; Murray et al., 1999; Sharpley et al., 2001; Fearon et al., 2006; Selten et al., 2001; Veling et al., 2006; Cantor-Graae et al., 2003; Cantor-Graae und Selten, 2005) berichtet, haben auch wir in unserer Hauptuntersuchung Unterschiede bei den diagnostischen Zuordnungen bei Patienten mit Migrationshintergrund festgestellt. Migranten erhielten signifikant häufiger eine Diagnose aus dem F2 - Spektrum (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen). Interessanterweise weist unsere Datenlage auch darauf hin, dass gerade bei diesen Patienten mit Migrationshintergrund die Verständigungsprobleme als signifikant höher eingeschätzt wurden als bei Patienten ohne diese Diagnose, so dass bei einem Teil auch Fehldiagnosen anzunehmen sind. Auf Seiten der Untersucher können unzureichende Sprach- und insbesondere Kulturkompetenz zu einer höheren Rate an Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis bei Patienten mit Migrationshintergrund im stationären Bereich führen (Haasen et al., 1997, 2000; Holzmann et al., 1994; Machleidt und Calliess, 2005). Haasen et al. (2000) teilten sogar mit, dass bei der diagnostischen Beurteilung dem kulturellen Kontext der Patienten eine wichtigere Bedeutung zukommt als den formal - sprachlichen Aspekten der Kommunizierbarkeit.

Für die signifikant häufigeren Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) bei Patienten mit Migrationshintergrund werden auch andere mögliche Erklärungen herangezogen: Die Schizophrenierate bei Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation wird als etwa genauso hoch angegeben wie in städtischen Regionen, für die zweite Generation wird sie zumindest in Großbritannien doppelt so hoch und am höchsten für Menschen mit Migrationshintergrund dunkler Hautfarbe beschrieben wird (Cantor-Graae und Selten, 2005; Cantor-Graae, 2007; Selten et al., 2007). Dabei wird die Trias aus Diskriminierung, eingeschränkter Lebensgestaltung und sozialen Gratifikationsdefiziten und Niederlagen (Social Defeat) als plausible Erklärung für das erhöhte Erkrankungsrisiko diskutiert (Cantor-Graae und Selten, 2005; Cantor-Graae, 2007; Selten et al., 2007). Auch in unseren Untersuchungen im stationären psychiatrischen Bereich waren die sozialen Parameter der Patienten mit Migrationshintergrund mit einer Diagnose aus dem F2 - Spektrum deutlich schlechter als die der einheimischen Patienten, dies galt insbesondere für die Bildung.

Epidemiologische Daten zur ambulanten - psychiatrischen Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund sind noch lückenhaft, doch die bisher existierenden Studien zeigten eher eine Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund im ambulanten Bereich (Haasen und Demiralay, 2006; Ziegenbein et al., 2008; Ayazi und Bogwald, 2008; Bhugra, 2004; Cantor-Graae und Selten, 2005; Cantor-Graae, 2007; Selten et al., 2007). Unsere bundesweite Erhebung ergab dagegen, dass in 171 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) 32,5 % der Patienten Migranten waren. In Psychiatrischen Institutsambulanzen bestand demnach keine Unter-, sondern eine Überrepräsentation von Migranten. Gründe für diese hohe Inanspruchnahme könnten das multiprofessionelle Setting und die Niedrigschwelligkeit der Angebote sein (Schouler-Ocak et al., 2010). Diese Ergebnisse legen nahe, dass niedrigschwellige multiprofessionelle Angebote, wie sie von den PIAs vorgehalten werden, offenbar am besten den Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund gerecht werden. Die Zugangsschwellen zu diesen Angeboten scheinen leicht überwindbar. Auch die Tatsache, dass sich in den PIAs der Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern über die Ambulanzbudgets gut regeln lässt, könnte wesentlich dazu beitragen. Die gute

Inanspruchnahme der PIAs ist gesundheitspolitisch wertvoll: Das Konzept der PIAs stellt offenbar ein gut akzeptiertes Modell dar.

In Ergänzung zu den oben aufgeführten eigenen Daten soll kurz auch auf die Versorgungssituation im komplementären Bereich eingegangen werden. Auch in diesem Bereich ist die Datenlage bislang noch sehr lückenhaft. So wurden z. B. 1998 in Berlin Betreute Wohnformen von lediglich 5,2 % und Tagesstätten von 2,3 % Nichtdeutschen in Anspruch genommen bei einem damaligen Bevölkerungsanteil von 13 % (Hauschild und Baum, 2000). Eine Untersuchung in der Region Hannover zeigte, dass im Jahr 2006 in Tagesstätten lediglich 1 % Nichtdeutsche, in Beratungsstellen sowie Wohnheimen hingegen jeweils 9 % Migranten waren (Bevölkerungsanteil von Migranten 23,1 %). Die Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland durch Migranten lag im Durchschnitt bei 10,4 % und damit deutlich unter dem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung (11,6 % Anteil nur der Ausländer) (Lubek, 2008). Diese wenigen Daten weisen darauf hin, dass die komplementären Versorgungsbereiche und die Sozialpsychiatrischen Dienste deutlich weniger von Migranten in Anspruch genommen werden.

Unsere Auswertung des repräsentativen Surveys zur Gesundheit, zum Alter und zur Berentung in 11 europäischen Staaten ergab, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Migrantenstatus und der Prävalenz der Depression in Nord- und Westeuropa bestand, jedoch wurden insgesamt höhere Prävalenzzahlen für Depressionen in Südeuropa im Vergleich zu Nord- und Westeuropa eruiert (Castro-Costa et al., 2008). Wir konnten bei Menschen mit Migrationshintergrund erster Generation im Alter von 50 Jahren und älter eine erhöhte Prävalenz von Depressionen, mit geographischen Unterschieden und zusätzlich zu den bekannten Risikofaktoren wie Scheidung, Sozialstatus, Erwerbsstatus erfassen (Aichberger et al., 2010). Auch in anderen Publikationen wurde mitgeteilt, dass bei älteren Migranten das Risiko einer Depression erhöht ist. Dafür werden unterschiedliche Gründe wie Konflikte im Rahmen des Akkulturationsprozesses (Porter und Haslam, 2005), Konflikte im Rahmen der Remigration (Bhugra, 2005) oder Partnerverlust in der Aufnahmegesellschaft (Grüsser et al., 2005) diskutiert. Depression gilt auch als Risikofaktor für dementielle Erkrankungen, so dass diese Erkenntnisse auch diesbezüglich große Bedeutung haben (Rapp et al., 2006,

2008). Die Diagnostik, Behandlung und Vorbeugung der Depression muss daher eines der vorrangigen Ziele auch bei Patienten mit Migrationshintergrund werden.

In Deutschland wurden erst vor kurzem die Ergebnisse der Reanalyse des Bundesgesundheits surveys 1998/ 1999 bezüglich der 4-Wochen-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund veröffentlicht. Diese zeigten, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Deutschen insgesamt signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Störungen aufweisen, insbesondere jedoch bei affektiven und somatoformen Störungen (Bermejo et al., 2010). Altersspezifische Angaben wurden allerdings nicht mitgeteilt. Auch in anderen Studien wurde darauf hingewiesen, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörung oder suizidales Verhalten aufweisen (Hovey & Magaña, 2000; Merbach et al., 2008).

#### **4.2. Erklärungsmodelle, Krankheitskonzepte und -verständnisse**

Mehr als 200 Millionen Menschen weltweit leben als Migranten in einem Staat, der nicht ihre ursprüngliche Heimat ist (Global Commission on International Migration, 2005). Den Ergebnissen des Mikrozensus 2010 nach belief sich der Anteil der im Jahre 2010 in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund auf 19,3 % der Gesamtbevölkerung (15,7 Mio.) (Statistisches Bundesamt, 2011), eine wachsende und sehr heterogene Gruppe aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten. Dabei stellt der Begriff Kultur einen Hintergrund von etablierten und über Generationen hinweg übernommenen Überlieferungen, Wertevorstellungen, Sichtweisen, Ansichten und Haltungen dar. Diese beeinflussen das Denken, das Fühlen und das Handeln (Pfeiffer, 1994; Heinz und Kluge, 2011). Sie werden in individueller und / oder kollektiver Weise übernommen, modifiziert und weiterentwickelt, abhängig von den Kontextfaktoren wie Lebensraum, Familienstrukturen, Alter, Geschlecht, Sprache, Religion, Küche, Erziehung, Ausbildung, Status, Migration und Akkulturation (Pfeiffer, 1994; Falicov, 1995). Diese kulturellen Kontexte sind nicht statisch, sondern einer dynamischen Entwicklung unterworfen. Daher ist es gut nachvollziehbar, dass in unterschiedlichen kulturellen Kontexten sowie innerhalb dieser Gruppen (z. B. in verschiedenen Migrantengenerationen, soziale Differenzen) unterschiedliche Erklärungsmodelle und

Behandlungserwartungen hinsichtlich körperlicher und seelischer Erkrankungen existieren (Kleinman, 1977, 1988; Littlewood und Lipsedge, 1989; Krause 1998, 2002). Die zur Beschreibung der jeweiligen Krankheiten eingesetzten Begriffe können im speziellen kulturellen Kontext eine durchaus andere Bedeutung annehmen. Zudem unterliegen Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen je nach kulturellem Wandel, traditionellen Elementen, persönlichen Erfahrungen und Informationen aus dem sozialen Umfeld oder den Medien einem ständigen Wandel (Heinz und Kluge, 2011). Durch die Methoden „Free listing“, „Pilesort“, hierarchische Clusteranalysen und multidimensionale Skalierung lassen sich Erklärungsansätze und Behandlungserwartungen gut kristallisieren (Kleinman, 1980; Lewis-Fernandes und Kleinman, 1995).

Mit Hilfe dieser Methoden konnten wir Erklärungsmodelle abhängigen Verhaltens einheimisch deutscher, russland-deutscher und türkischer Jugendlicher vergleichen (Penka et al., 2003, 2008; Penka, 2004), überraschend waren sie bei den deutschen und deutsch-russischen Jugendlichen ähnlich. Dagegen machten türkisch-stämmige Jugendliche keinen wesentlichen Unterschied zwischen den illegalen und den legalen Drogen (Alkohol und Nikotin). Hier spielt möglicherweise die Religionszugehörigkeit eine Rolle, denn im Islam ist Alkoholkonsum, im weiteren Sinne der Konsum von Drogen verboten. Ess-Störungen wurden von den deutschen und russland-deutschen mit Begriffen wie „peinlich“ und „Schande“ in Verbindung gebracht, während türkische Jugendliche dies nicht taten. Anders als die deutschen und russland-deutschen Jugendlichen ordneten sie Ess-Störungen nicht zu den Suchterkrankungen zu. Medizinisch zentrale Konzepte, mit denen Abhängigkeitserkrankungen beschrieben werden, wie Begriffe „körperliche Abhängigkeit“, bezeichneten fast die Hälfte der türkischen Jugendlichen als unbrauchbar zur Kennzeichnung einer Sucht. Diese Ergebnisse zeigen, dass es nicht ausreicht, medizinische oder umgangssprachliche Krankheits- und Therapiekonzepte in eine andere Sprache zu übersetzen und die kulturspezifischen Konnotationen und Implikationen der Begriffe außer Acht zu lassen. Zentrale Begriffe der medizinischen Krankheitsmodelle können sonst falsch verstanden, anders interpretiert oder schlicht abgelehnt werden. Diese Ergebnisse zeigen auch, dass Analysen zu Krankheitskonzepten und Behandlungserwartungen wertvolle Hinweise zu

den Zugangswegen zu Patienten mit Migrationshintergrund geben und dadurch die Barrieren senken helfen können (Penka et al., 2003, 2008; Penka, 2004).

Tseng (2004) betonte, dass Arzt und Patient unterschiedliche Kulturen haben können, die nicht unbedingt aufeinander abgestimmt sind. Neben individuellen Faktoren wie Bildungsstand, medizinischem Wissen und Lebenserfahrung trägt dabei die Kultur des Patienten mit Migrationshintergrund zum Krankheitsverständnis, zur Wahrnehmung und Darstellung von Symptomen und Problemen sowie der Reaktion auf und den Umgang mit Krankheit bei. Erwartungen der Patienten an den Arzt, Behandlungsmotivation sowie die Compliance mit therapeutischen Strategien und die Adhärenz der Patienten werden ebenfalls von der Kultur sowie von psychosozialen Faktoren beeinflusst (Pfeiffer, 1995; Tseng, 2004). Überlagert von persönlichen Einstellungen und medizinischem Wissen und Lebenserfahrung prägt die Kultur des Arztes dagegen die Art der Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten und beeinflusst (direkt oder indirekt) Haltung und Verständnis dem Patienten gegenüber wie auch mögliche Behandlungsstrategien. Tseng (2004) hebt hervor, dass die Gesundheitsberufe eine oft unbewusste Tradition von Einstellungen, die sich im Medizinsystem entwickelt haben, verbindet. Das gilt auch für die Art der Arzt-Patient-Beziehung (partnerschaftlich vs. patriarchalisch), die Erwartungen an den Arzt oder den Umgang mit Regeln (Kleinman, 1980; Lewis-Fernandes und Kleinman, 1995; Pfeiffer, 1995; Tseng, 2004).

#### **4.3. Klassifikation psychischer Störungen bei Migranten**

Vor diesem Hintergrund ist die Frage zu diskutieren, ob die existierenden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV die kulturelle Diversität abbilden. In der 4. Auflage des US-amerikanischen Klassifikationssystems psychischer Störungen, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV (APA 1994), werden erstmals kulturelle Faktoren in einem Diagnosemanual berücksichtigt. In dem in Europa eingesetzten International Classification of Diseases, ICD-10 ist dies nicht der Fall. Im DSM-IV wird in speziellen Abschnitten im Begleittext auf kulturspezifische Aspekte bei den jeweiligen Störungsbildern eingegangen. Zudem enthält DSM-IV im Anhang F einen kultursensiblen Anamneseleitfaden (APA 1994, Anhang F:p.948; Mezzich, 1995; Saß et al., 2003). Mezzich hat diesen integrativen Ansatz des person-centered integrative



diagnosis (PIP) bei der Entwicklung des ICD-11 zu einem umfassenden Konzept ausgebaut (Mezzich und Salloum, 2008). In die internationalen Klassifikationssysteme können die kulturabhängigen Syndrome nicht eingeordnet werden, denn unter kulturabhängigen Syndromen werden Abweichungen im Erleben und Verhalten, deren Vorkommen nur auf bestimmte soziale Gemeinschaften und kulturelle Kontexte beschränkt ist, subsummiert. Bislang sind über 10 kulturabhängige Syndrome erfasst worden (Petrilowitsch, 1967; Didtrich und Scharfetter, 1987; Pfeiffer, 1994; Jilek und Jilek-Aal, 2000; Calliess et al., 2007; Kutalek und Prinz, 2011). Ihre Nomenklatur und Klassifizierungen beruhen auf traditionelle Krankheitsvorstellungen in entsprechenden kulturellen Bedeutungssystemen. Innerhalb dieser Bedeutungssysteme existieren Erklärungsmodelle, Umgangs- und Behandlungsansätze, wie z. B. die Abwendung des bösen Blicks oder die Austreibung eines bösen Geistes (Pfeiffer, 1994; Calliess et al., 2007; Kutalek und Prinz, 2011). Im Rahmen der Migrationsbewegungen können auch in westlichen Bereichen kulturabhängige Syndrome auftreten. Der ICD-11 ist noch nicht eingeführt und nach wie vor ist ICD-10 in Deutschland das gültige Klassifikationssystem, so dass bei Unkenntnis der kulturabhängigen Syndrome und dem Nichtberücksichtigen des kultursensiblen Anamneseleitfadens durchaus Fehldiagnosen und -behandlungen stattfinden können (Cooper, 2010; Sakamoto et al., 2005; Sumathipala et al., 2004; Levine et al., 1995). Zu den kulturgebundenen Syndromen zählen u. a. Koro oder Souyang, Susto, Dhat, Brain-fag-Syndrom, Latah.

In künftigen Studien sollten Erklärungsansätze und Behandlungserwartungen auch von Patienten aus unterschiedlichen Kontexten in die Behandlungskonzepte integriert werden (Groleau et al., 2006; Kirmayer und Sartorius, 2007). Für die Praxis der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie ist es also wichtig, kulturelle Differenzen anzuerkennen und in die Diagnostik und Behandlung einfließen zu lassen (Groleau et al., 2006; Kirmayer und Sartorius, 2007; Heinz und Kluge, 2011).

#### **4.4. Interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenz**

Inwieweit der Prozess der interkulturellen Öffnung in der Regelversorgung voran geschritten ist, ist bis heute noch nicht umfassend untersucht. Eine Studie des Ethnomedizinischen Zentrums in Hannover (Kimil und Salman, 2007) untersuchte zwar

den Stand der sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten in der Region Hannover, bezog sich dabei jedoch nur auf den Anteil von und die Angebote für Migranten und weniger auf das Gesamtkonzept der interkulturellen Öffnung. Zahlreiche Ämter, wie z. B. das Jugendamt München und Referat für Gesundheit und Umwelt in München (Schröder, 2001; Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt, 2006) sowie Krankenhäuser wie z. B. die Niedersächsischen Krankenhäuser (Wächter und Kaufmann, 2010) befinden sich im Prozess der interkulturellen Öffnung. Dieses Konzept fordert, dass Einrichtungen regelhaft in ihren Angeboten sprachliche, kulturelle und migrationsspezifische Aspekte (Salman und Collatz, 1999; Schouler-Ocak, 2003) aufnehmen. Durch die Einsetzung von Integrationsbeauftragten oder -beratern und die verbindliche Implementierung migrantenspezifischer Ziele in die Zertifizierungsprozesse der Kliniken ist auch eine notwendige Nachhaltigkeit erreichbar (Gün, 2009).

Interkulturelle Kompetenz beinhaltet u. a. die Arbeit mit Sprach- und Kulturvermittlern, das Beachten und Erkennen von Idioms of distress (lokaltypische Symptommuster) und das Beachten der Krankheitsverständnisse und Behandlungserwartungen der Patienten sowie das Ausarbeiten kulturell passender Erklärungen und Behandlungsangebote (Kirmayer et al., 2008; Eiser et al., 2007; Betancourt, 2006; Odawara, 2005; Betancourt et al., 2003).

Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und interkulturellen Kompetenz der Akteure im Gesundheitssystem können helfen, Zugangsbarrieren für Patienten mit Migrationshintergrund zu senken. Es existieren aber auch verschiedene andere Faktoren, die, wie die Bevölkerungsgruppe selbst, sehr facettenreich sind, verhindern, verzögern oder verkomplizieren die Inanspruchnahme (Penka, 2004). So scheinen bei Migranten sprachliche und kulturelle Barrieren eine wesentliche Rolle zu spielen (Salman und Collatz, 1999). Ebenso können eine geringe Aufgeklärtheit über Beratung / Therapie (Scheper et al., 2000), Unkenntnis und Negativimage von Hilfsangeboten (Grüsser und Becker, 1999; Penka, 2004; Grüsser et al., 2005), Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen (ebd.), geringe Motivation zur Therapieaufnahme aufgrund von Frustration, sozialem Ausschluss und mangelnden Perspektiven wesentliche Faktoren bilden. Auch eine teils stärkere Tabuisierung und Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen innerhalb der Familien bzw. kulturellen Kontexten

wurde beschrieben (Herrmann und Schwantes, 2002; Penka, 2003, 2004, 2008; Steigner, 2010). Des Weiteren können unterschiedliche Erklärungsansätze in Bezug auf Gesundheit, Krankheit, Umgang mit Erkrankten und Heilung (Kleinman, 1980; Penka et al., 2003; Tseng, 2004; Heinz und Kluge, 2011) sowie abhängiges Verhalten (Penka et al., 2008) eine Rolle spielen. Erst vor kurzem wurde zunehmend auch auf Barrieren der Institutionen selbst und deren Mitarbeiter aufmerksam gemacht, während Gaitanides bereits 2003 auf Hürden für Migranten wie zurückweisendes Verhalten, negativ wertende ethnozentrische Missverständnisse und Vorurteile, Stereotypisierung statt Individualisierung, Befürchtungen von Mehrarbeit bei Mitarbeitern hinwies.

Entgegen dieser Barrieren haben wir in unseren Studien keine Minderbelegung durch Patienten mit Migrationshintergrund gefunden. Vielmehr konnten wir nachweisen, dass Patienten mit Migrationshintergrund ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend (17 % bei 18,6 % Menschen mit Migrationshintergrund, Mikrozensus, 2005) in der stationären - psychiatrischen Behandlung angekommen sind. Es bestanden auch keine genderspezifischen Unterschiede bezüglich der Belegung. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund nehmen die stationäre - psychiatrische Behandlung mit ähnlichem Anteil in Anspruch. Offenbar können Patienten mit Migrationshintergrund die oben beschriebenen Barrieren gut überwinden. Allerdings gaben die Behandler teams mit 27 % sprachgebundene, mit 38 % kulturgebundene und mit 44 % kultur- und sprachgebundene Verständigungsprobleme mit diesen an (Koch et al., 2008). In weiteren Untersuchungen könnten Lösungsvorschläge der Behandler teams bezüglich der Verbesserung der Verständigungsprobleme erfasst und diskutiert werden. Zugleich könnte der Grad der interkulturellen Öffnungen der Institutionen und der interkulturellen Kompetenz der Behandler teams erfasst werden.

#### **4.5. Schlussfolgerung und Ausblick**

Zahlreiche ältere Untersuchungen belegten, dass Patienten mit Migrationshintergrund aufgrund verschiedener Einflussfaktoren nicht entsprechend ihrem Anteil in der psychiatrischen Versorgung wiederzufinden waren (Häfner et al., 1980; Holzmann et al., 1994; Beck et al., 1997; Wolfersdorf et al., 1999). In verschiedenen Veröffentlichungen wurde davon ausgegangen, dass Menschen mit Migrationshintergrund mindestens

genauso häufig an psychischen Krankheiten leiden wie Menschen ohne Migrationshintergrund (Bermejo et al., 2011; Grube, 2001). Da die Datenlage zur Versorgungssituation sehr lückenhaft war, haben wir bundesweit repräsentative Daten erhoben, um mehr Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten und mögliche Zugangsbarrieren sowie Versorgungslücken aufzudecken. Wir konnten zeigen, dass Patienten mit Migrationshintergrund in der stationären – psychiatrischen Versorgung mit 17 % heutzutage fast ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entsprechend wiederzufinden sind (Koch et al., 2008; Schouler-Ocak et al, 2008). Eine Unterversorgung in stationär psychiatrischen - psychotherapeutischen Einrichtungen lag somit nicht mehr vor. Patienten mit Migrationshintergrund kommen demnach in den entsprechenden Einrichtungen gut an. Dies bedeutet, dass im Durchschnitt die Zugangsbarrieren gut überwunden werden können. Bei genauer Betrachtung der einzelnen Abteilungen ist allerdings festzustellen, dass in den Abteilungen für Psychotherapie / Psychosomatik (4,5 %), Gerontopsychiatrie (9,2 %) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (11,4 %) sowie Sucht / Reha (11,4 %) eine Unter-, in der Forensik (27,2 %) und der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen (21,8 %) eine Überrepräsentation bestand. Bei Patienten mit Migrationshintergrund wurde signifikant häufiger eine Diagnose aus dem F2 - Spektrum gestellt. Vermutlich sind hierfür sprach- und insbesondere kulturgebundene Missverständnisse verantwortlich. Diskutiert werden aber auch psychosoziale Belastungsfaktoren im Rahmen des Migrationsprozesses. Weitere Untersuchungen müssen an dieser Stelle zu mehr Klarheit verschaffen.

In den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) waren Patienten mit Migrationshintergrund sogar mit 32,5 % überrepräsentiert (Schouler-Ocak et al., 2010). Offenbar tragen die Niedrigschwelligkeit der Behandlungsangebote, das multiprofessionelle Behandlungsteam und die Möglichkeit der Hinzuziehung von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern, die über die Pauschalen einfacher zu finanzieren sind, zu dieser deutlich besseren Inanspruchnahme bei.

Wir konnten in der Auswertung des repräsentativen Surveys zur Gesundheit im Alter bestätigen, dass bei älteren Migranten das Risiko einer Depression erhöht ist. Da Depression als Risikofaktor für dementielle Erkrankungen gilt, muss die Diagnostik,

Behandlung und Vorbeugung der Depression daher eines der vorrangigen Ziele auch bei Patienten mit Migrationshintergrund werden (Rapp et al., 2006, 2008).

Des Weiteren ging es in den Untersuchungen um Gemeinsamkeiten und Unterschieden in Erklärungsmodellen und Behandlungserwartungen von Patienten mit Migrationshintergrund (Penka et al., 2003, 2008). Denn Zugangsbarrieren können auch aus einem kulturell unterschiedlichen Verständnis der Entstehung und Behandlung von Krankheiten resultieren. Weitere Studien sind zu Erklärungsansätzen von psychischen Erkrankungen und Behandlungserwartungen von Patienten mit Migrationshintergrund, zu ihrer Versorgungssituation und ihre mögliche Verbesserung sowie Konsequenzen für die Forschung, Lehre und Praxis dringend erforderlich.

## **5. Zusammenfassung und Abstract**

### **Zusammenfassung**

In verschiedenen Studien konnte ein höheres Risiko für das Vorliegen psychischer Beschwerden wie Depression, Ängstlichkeit oder ein erhöhtes Suizidrisiko bei Menschen mit Migrationshintergrund aufgezeigt werden (Hovey & Magaña, 2000; Merbach et al., 2008). In Deutschland existierte bislang wenig Forschung, die sich mit psychischen Störungen und deren Behandlung bei Menschen mit Migrationshintergrund befasste. Vorliegende Zahlen aus unterschiedlichen Versorgungsregionen wiesen darauf hin, dass Migranten von Teilen der psychiatrischen Versorgung oft nur unzureichend erreicht bzw. über- sowie unterversorgt wurden. Vor diesem Hintergrund war unser Ziel, Daten zur aktuellen Versorgungssituation bezüglich der Inanspruchnahme der stationären – psychiatrischen und der ambulanten in Psychiatrischen Institutsambulanzen in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie durch Menschen mit Migrationshintergrund zu erheben. Zugleich untersuchten wir die Häufigkeitsverteilungen der diagnostischen Zuordnungen bei diesen Patienten. Migranten im stationären Bereich erhielten im Vergleich zu einheimischen Patienten mehr diagnostische Zuordnungen aus dem Spektrum der F2 - Diagnosen. Im ambulanten Bereich waren Erkrankungen aus dem Affektiven Bereich häufiger. Unsere Untersuchungen wiesen darauf hin, dass die

Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung durch Patienten mit Migrationshintergrund in stationären und ambulanten Bereichen unterschiedlich ist. Während die Migranten im stationären - psychiatrischen Bereich im Durchschnitt entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil repräsentiert sind, sind sie in Psychiatrischen Institutsambulanzen überrepräsentiert.

Bezüglich der Prävalenz der Depression bei älteren Migranten wurde festgestellt, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 50 Jahren und älter eine erhöhte Prävalenz für Depression im Vergleich zu gleichaltrigen Einheimischen bestand. Depression gilt auch als Risikofaktor für dementielle Erkrankungen, so dass diese Erkenntnisse auch diesbezüglich Bedeutung haben. Die Diagnostik, Behandlung und Vorbeugung der Depression bei alternden Migranten ist daher ein vorrangiges Ziel zukünftiger Interventionsstudien.

In den Untersuchungen zu Erklärungsmodellen süchtigen Verhaltens konnten wir zeigen, dass die Erklärungsmodelle von türkisch-stämmigen Jugendliche sich von der westlichen Schulmedizin erheblich unterscheiden und die Betroffenen durch einfache Übersetzung gebräuchlicher Konzepte aus dem Deutschen schlecht erreicht werden können. Die bloße Übersetzung der Informationsmaterialien reicht nicht aus. Kulturspezifische Aspekte müssen mit dem Ziel einer besseren Versorgung abhängigkeitskranker Patienten mit Migrationshintergrund integriert werden.

Zukünftigen Studien sollten weitere Untersuchungen zu epidemiologischen Daten bezüglich psychischer Erkrankungen und ihre Versorgung bei Patienten mit Migrationshintergrund fokussieren. Zudem sollten auch bei anderen Störungen Untersuchungen zu Erklärungsmodellen und Behandlungserwartungen erfolgen, um die Betroffenen besser erreichen und entsprechend auch behandeln zu können. Die Ausweitung der Versorgungs- und Migrationsforschung ist zu wünschen.

## **Abstract**

To date research on mental health and treatment of mental disorders among migrants were limited locally. The here presented studies are among the first to present German wide

representative data on utilization of psychiatric and psychotherapeutic health services by migrants. In these studies it was shown that the rate of migrants treated in in-patient care approaches the rate of migrants in the general public. Migrants are overrepresented in psychiatric outpatient services (Psychiatrische Institutsambulanzen). Significantly more migrants in in-patient treatment received F2-spectrum diagnoses than non-migrants. Yet, in out-patient services migrants more commonly received an affective disorder diagnosis. Barriers to mental health services can result from a culturally diverging understanding of disorders and their treatment. Thus, studying these differing culture-shaped beliefs can guide overcoming barriers to care. Furthermore, it was found that the prevalence of depression, a risk factor for dementia, was increased in older aged migrants.

Future studies could focus on the epidemiology of mental disorders and treatment of migrants. Among other questions, such studies could focus on explanatory models, illness perception, and treatment expectations.

Keywords: migrant patients, mental health service utilization, out-patient services, in-patient services, explanatory models, prevalence

## Literaturverzeichnis

Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Busch M, Mundt A, Nickels E, Heimann HM, 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). *Eur Psychiatry* 2010;25(8):468-75.

Alda Díez M, García Campayo J, Sobradie N. Differences in the diagnosis and treatment of immigrant and local psychiatric inpatients admitted to a general hospital in Spain: a controlled study. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(5):262-9.

American Psychiatric Association: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Hogrefe, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle 1996.

Assion HJ, Dana I, Heinemann F. [Folk medical practices in psychiatric patients of Turkish origin in Germany]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999;67(1):12-20.

Assion HJ (Hrsg.) *Migration und seelische Gesundheit*, Springer, Berlin. 2005.

Assion HJ, Zarouchas I, Multamäki S, Zolotova J, Schröder SG. Patients' use of alternative methods parallel to psychiatric therapy: does the migrational background matter? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116(3):220-5.

Assion HJ. [Patients of Turkish origin in an institutional psychiatric outpatient service]. *MMW Fortschr Med* 2007;149(42):40.

Assion HJ. Traditionelle Vorstellungen und Behandlungsverfahren in islamischen Kulturen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, 2011;S.460-464.

Ayazi T, Bogwald KP. Immigrants' use of out-patient psychiatric services. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008;128(2):162-165.

Baxter H, Cheng LY. Use of interpreters in individual psychotherapy. *Australian New Zealand J Psychiatry* 1996;30:153-156.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin und Bonn. 2002.

Beck A, Hoffmann K. Ausländische Patienten im Zentrum für Psychiatrie Reichenau. In: Hoffmann K, Machleidt W (Hrsg) *Psychiatrie im Kulturvergleich*. VWB, Berlin, 1997;S. 345-363.

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

Bermejo I, Ruf D, Mösko M, Härter M. Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten. In: Machleidt M, Heinz A (Hg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, 2011;S. 209-215.



Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep* 2003;118(4):293-302.

Betancourt JR. Cultural competency: providing quality care to diverse populations. *Consult Pharm* 2006;21(12):988-95.

Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:243-258.

Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2004;184:10-20

Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:84-93.

Bhui K, Abdi A, Abdi M, Pereira S, Dualeh M, Robertson D, Sathyamoorthy G, Ismail H. Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees--preliminary communication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(1):35-43.

Borde T, Braun T & David M. Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze: Schlussbericht 2003. Berlin: Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Borde T, David M. Ethnizität und Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen. In: Machleidt M, Heinz A (Hg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, 2011;S.467-474.

Braun T. Einfluss von Geschlecht, Ethnizität und Alter auf die Inanspruchnahme von Rettungsstellen und die dortige Behandlung. Dissertation Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Charité 2004.

Brucks U, Wahl W-B. Unter-, Über-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg.). *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse – Verlag, 2003;S.15-34.

Brucks U. Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland - Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro* 2004;30:228-231.

Calliess IT, Schmid-Ott G, Akguel G, Jaeger B & Ziegenbein M. Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2007;34:343-348.

Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2003;182:117-22.

Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.

- Cantor-Graae E. The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *Can J Psychiatry* 2007;52(5):277-86.
- Caracci G, Mezzich JE. "Culture and urban mental health". *Psychiatr Clin North Am* 2001;24(3):581-93.
- Carballo M, Mboup M. International migration and health. Global Commission on International Migration 2005. <http://www.gcim.org/attachements/TP13.pdf> (accessed: 29.08.2007).
- Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima C, Bula C, Reisches F, Wancata J, Ritchie K, Tsolaki M, Mateos R, Prince M. Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17(1):12-29.
- Claassen D, Ascoli M, Berhe T, Priebe S.: Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *Eur Psychiatry* 2005;20(8):540-9.
- Collatz J. Zur Realität von Krankheit und Krankenversorgung von Migranten in Deutschland. *Jahrbuch für kritische Medizin* 1994;23:101-132.
- Cooper R. Are culture-bound syndromes as real as universally-occurring disorders? *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci* 2010;41(4):325-32.
- Czycholl D. Migration, Suchtrisiken und Versorgungsdefizite am Beispiel von Aussiedlern in Deutschland. In: R Salman, S Tuna, A Lessing (Hrsg.) *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 1999;pp.222-227.
- Dettmers/Albrecht/Weiller (Hrsg.). *Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*. Bad Honnef: Hippocampus Verlag, 2002.
- Dietzel- Papakyriakou Maria. Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (Hrsg.): *Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen*, 1993;S.1-154.
- Didtrich A, Scharfetter C(Hrsg.): *Ethnopsychiatrie*. Enke-Verlag, Stuttgart, 1987.
- Eiser AR, Ellis G. Viewpoint: Cultural competence and the African American experience with health care: The case for specific content in cross-cultural education. *Acad Med* 2007;82(2):176-83.
- Erim Y, Senf W. Psychotherapie mit Migranten. *Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 2002;47:336-346.

Erim-Frodermann Y, Lichtblau K, Senf W. Veränderungen in der einheimischen Institution nach Implementierung von muttersprachlicher Therapie. In: Strauss B, Geyer M (Hrsg.) Psychotherapie in Zeiten der Veränderung. Oplade 2000;S.172-181.

Falicov C. Training to Think Culturally: A Multidimensional Comparative Framework, Fam. Proc No. 32;1995.

Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Hutchinson G, Tarrant J, Fung WL, Holloway J, Mallett R, Harrison G, Leff J, Jones PB, Murray RM. AESOP Study Group. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. Psychol Med 2006;36(11):1541-50.

Franz M, Lujic C, Koch E, Wüsten B, Yürük N & Gallhofer B. Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen - Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. Psychiatrische Praxis 2007;34:332-338.

Gaitanides S. Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit. In: „sozialmagazin“ 3/2003, pp. 42-48 [http://www.fb4.fhfrankfurt.de/whoiswho/gaitanides/interk\\_kompetenz\\_jug\\_soz.pdf](http://www.fb4.fhfrankfurt.de/whoiswho/gaitanides/interk_kompetenz_jug_soz.pdf)

Gerritsen AA, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. Eur J Public Health 2006;16(4):394-9.

Global Commission on International Migration. Migration in an interconnected world: New directions for action. Geneva: GCIM. <http://www.gcim.org/attachements/gcimcomplete> report 2005.pdf (accessed:31.08.2007).

Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. Transcult Psychiatry 2006;43(4):671-91.

Grüsser SM, Wolfling K, Morsen CP, Albrecht U, Heinz A. Immigration – associated variables and substance dependence. J Stud Alcohol 2005;66:98-104.

Grüsser SM & Becker K. Drogenabhängigkeit und Migration innerhalb der Europäischen Union (EU). In: GÖLZ, Moderne Suchtmedizin 1999;5:1-7.

Grube M. Evaluation eines Verbundes zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten. Psychiatr Prax 2001;28:81-83.

Grube M. [Are compulsory admissions more frequent in immigrants and ethnic minorities?]. Psychiatr Prax 2009;36(2):67-71.

Gül V, Kolb S, Saglam S. Somatisierungsstörungen und psychische Komorbidität. Diagnose und Therapieoptionen am Beispiel türkischer Patienten in Deutschland. Psychoneuro 2008; 34:213-215.

Gün AK. Erfordernis und Aufgaben von Integrationsbeauftragten in der stationären Versorgung. In: Falge C, Zimmermann G (Hrsg.) Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des ZERP, Band 51. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2009;S.157-170.

Gün AK. Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau. 2007.

Haasen C, Lambert M, Yagdiran O & Krausz M. Psychiatric disorders among migrants in Germany: Prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. *European Psychiatry* 1997;12:305-310.

Haasen C, Kraft M, Yagdiran O, Maß R, Lambert M, Müller-Thomsen T, Krausz M. Auswirkungen von Sprachproblemen in der stationären Behandlung von Migranten. *Krankenhauspsychiatrie* 1999;10:91-95.

Haasen C, Yagdiran O, Maß R. Differenzen zwischen der psychopathologischen Evaluation in deutscher und türkischer Sprache bei türkischen Migranten. *Nervenarzt* 2000;71:901–905.

Haasen C, Demiralay C. Transkulturelle Aspekte der Behandlung psychischer Störungen. *Die Psychiatrie* 2006;3:150-6.

Häfner H. Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. *Nervenarzt* 1980; 51:672-683.

Häfner H, Moschel G & Özek M. Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zu Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt* 1977;48:268-275.

Han P. Soziologie der Migration. Stuttgart: Lucius & Lucius. 2000.

Hauschild B, Baum C. Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht zur Versorgung im ambulant/ komplementären Bereich. Berlin. 2000.

Hegemann Th, und Salman R. Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2009.

Heinz A und Kluge U. Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A (Hg.). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, 2011;S.27-32.

Helmert U, Shea S, Herman, B, Greiser E. Relationship of social class characteristics and risk factors for coronary heart disease in West Germany. *Public Health* 1990;104:399-416.

Herrmann M, Schwantes U. Migranten und Sucht. Eine quantitative und qualitative Expertise über Gesundheit, Krankheit und hausärztliche Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken MigrantInnen. Baden- Baden. 2002.

Hill J, Röhl M. Muss sich unser Gesundheitssystem auf die Betreuung von Migranten einstellen? In: Dettmers C, Albrecht NJ, Weiller C (Hrsg.) Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde. Bad Honnef, 2002;S.113-121.

Holzmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B. Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. Psychiatr Prax 1994;1:106-108.

Hovey JD, Magaña C. Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the midwest United States. J Immigr Health 2000;2(3):119-31.

ICD-10. Mental and behavioral disorders (including disorders of psychological development), clinical descriptions and diagnostic guidelines. In: Tenth revision of the international classifications of diseases. Geneva: World Health Organization; 1991.

Igel U, Brähler E, Grande G. Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migranten. Psychiatr Prax 2010;37:183-190.

Jablensky A, Sartorius N, Ehrenberg G, Anker M, Corten A, Cooper JE, Day R, Bartelsen. Schizophrenia: manifestations, incidence, and course in different cultures: A World Health Organization Ten Countries Study (Psychological Medicine, Monograph Supplement No 20.) Cambridge University Press, Cambridge / UK. 1992.

Jilek WG, Jilek-Aall L. Kulturspezifische Störungen. In: Helmchen H et al. (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart. Band 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. 4. Auflage. Berlin Heidelberg NewYork Springer, 2000.

Kimil A, Salman R. Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover. Sozialpsychiatrische Schriften Band 2. 2007.

Kirmayer LJ, Minas H. "The future of cultural psychiatry: an international perspective". Can J Psychiatry 2000;45(5):438-46.

Kirmayer LJ. "Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization". Transcult Psychiatry 2006;43(1):126-44.

Kirmayer LJ, Sartorius N. Cultural models and somatic syndromes. Psychosom Med 2007;69(9):832-40.

Kirmayer LJ. "Cultural psychiatry in historical perspective". In Bhui, Kamaldeep; Bhugra, Dinesh. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge, UK: Cambridge University Press 2007; pp.3-19.

Kirmayer LJ, Rousseau C, Corin E, Groleau D. Training researchers in cultural psychiatry: the McGill-CIHR Strategic Training Program. Acad Psychiatry 2008;32(4):320-6.

Kleinman A. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med* 1977;11(1):3-10.

Kleinman A. Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. *Cultural Medicine and Psychiatry* 1980;4(1):3-23.

Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, Los Angeles. 1980.

Kleinman A. *Rethinking Psychiatry – From cultural category to personal experience*; New York: Free Press. 1988.

Kleinman A. "Triumph or pyrrhic victory? The inclusion of culture in DSM-IV". *Harv Rev Psychiatry* 1997;4(6):343–4.

Koch E. Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg.). *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft - Deutsch-Türkische Perspektiven*. Lambertus – Verlag, 2000;S.55-67.

Koch E, Hartkamp N, Schepker R, Schouler-Ocak M, Wolfersdorf M. Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Kliniken – eine Umfrage der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt* 2004;75(2):357.

Koch E, Hartkamp N & Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund – eine Umfrage zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung. *Psychiatr Praxis* 2007;34:361-362.

Koch U, Brähler E. Migration and health - a subject of high priority. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58:105-6.

Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt* 2008;79(3):328-339.

Koch E, Küchenhoff B und Schouler-Ocak M. Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen von psychisch kranken Migranten in Deutschland und der Schweiz. In: Machleidt M, Heinz A (Hg). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier;2011;S.489-498.

Krause I. *Therapy Across Culture*. London: Sage. 1998.

Krause I. *Culture and Systems in Family Therapie*, London: Karnac. 2002.

Kroehnert S. Migration – eine Einführung. 2003 <http://www.berlin-institut.org/pages/fs/fs/migration.html>

Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H, Schlaud M, Dölle R, Ellert U, Kahl H, Knopf H, Lange M, Mensink GB, Neuhauser H, Rosario AS, Scheidt-Nave C, Schenk L, Schlack R, Stolzenberg H, Thamm M, Thierfelder W, Wolf U. The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study. *BMC Public Health* 2008;8:196.

Kutalek R, Prinz A. Kulturgebundene Syndrome. In W. Machleidt & A. Heinz (Hg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier, 2011;S.387-398.

Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt. Interkulturelle Öffnung von Psychiatrischen Einrichtungen.  
[http://www.muenchen.de/cms/prod2/mde/\\_de/rubriken/Rathaus/70\\_rgu/03\\_beratung\\_foerderung/03\\_angebote/migration/pdf/doku\\_factag\\_061117.pdf](http://www.muenchen.de/cms/prod2/mde/_de/rubriken/Rathaus/70_rgu/03_beratung_foerderung/03_angebote/migration/pdf/doku_factag_061117.pdf) Dokumentation des Fachtages vom 17. November 2006 in München, Referat für Gesundheit und Umwelt. [Letzter Zugriff: 23.02.2010]

Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten S, Eruberg G. The International Pilot Study of Schizophrenia: five year follow-up findings. Psychol. Med 1992;22:131-145.

Leidinger F. Migrationssensible Datenerhebung in den LVR-Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Dokumentation. Berlin, 2010;S.65-75.

Levine RE, Gaw AC. Culture-bound syndromes. Psychiatr Clin Am 1995;18(3):523-36.

Lewis-Fernandez R, Kleinman A. Cultural Psychiatry. Theoretical, clinical, and research. Psychiatric Clinic of North America 1995;18(3):433-448.

Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Mental health care for migrants. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:123-9.

Littlewood R, Lipsedge M. Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry, Unwin & Hyman: London. 1989.

Lubek U. Begrüßung. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) Interkulturalität im gemeindepsychiatrischen Verbund. Dokumentation der SPKoM-Fachtagung am 29.04.2008 in Köln-Deutz, Horion-Haus Tagungsdokumentation.  
[www.lvr.de/gesundheitsangebote/.../tagungsdokuspkomapril2008.pdf](http://www.lvr.de/gesundheitsangebote/.../tagungsdokuspkomapril2008.pdf) [letzter Zugriff: 15.07.2010]

Machleidt W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 2002;(73)12:1208-1212.

Machleidt W, Calliess IT. Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. Die Psychiatrie 2005;2:77-84.

Machleidt W, Calliess I. Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, Laux (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage; Kapfhammer, 2008;S.319-343.

Machleidt W, Behrens K, Ziegenbein M, Calliess IT. Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Psychiatr Praxis 2007; 34:325-331.

Machleidt W, Heinz A. Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt Ch (Hrsg.): Störungsorientierte Psychotherapie. Urban und Fischer Elsevier, München, 2008; S.628-637.

Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Lancet 1991;337:1387-1393.

McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med 2004;2:13.

Merbach M, Wittig U, Brähler E. Anxiety and depression by Polish and Vietnamese migrants in Leipzig depending on their adaptation process. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:146-54.

Mezzich JE. Cultural Formulation and Comprehensive Diagnosis. Psychiatr Clin. North Am 1995;18:649-657.

Mezzich JE, Salloum IM. Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. World Psychiatry 2008;7(1):1-2.

Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF). [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht2009.html?jsessionid=0D4A9FA13D4844401047A4F6FF9F8BFB.2\\_cid111?nn=166358](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht2009.html?jsessionid=0D4A9FA13D4844401047A4F6FF9F8BFB.2_cid111?nn=166358)

Möske M, Schneider J, Koch U, Schulz H. Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Psychotherapie, Psychiatrie, Medizinische Psychologie 2008;58:176-182.

Möske MO, Pradel S, Schulz H. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011;54(4):465-74.

Murray RM, Fearon P. The developmental 'risk factor' model of schizophrenia. J Psychiatr Res 1999;33(6):497-9.

Nationaler Integrationsplan. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2007.

Ndetei DM, Vadher A. A comparative cross-cultural study of the frequencies of hallucination in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1984;70(6):545-9.

Odawara E. Cultural competency in occupational therapy: beyond a cross-cultural view of practice. Am J Occup Ther 2005;59(3):325-34.

Penka S, Krieg S, Hunner C & Heinz A. Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen – Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. Nervenarzt 2003;74(7):581-586



Penka S. Migration und Sucht – Notwendigkeit einer interkulturellen Suchthilfe? Leipzig. 2004.

Penka S, Heimann H, Heinz A, Schouler-Ocak M. Explanatory Models of Addictive Behaviour Among Native German, Russian-German, and Turkish Youth. *Eur Psychiatry* 2008;23:36-42.

Petrilowitsch N. (Hrsg.): Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Band 1 und 2. Karger-Verlag, Basel, 1967.

Pfeiffer WM. Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Thieme Verlag, Stuttgart 1994;S.10.

Pfeiffer WM. Kulturpsychiatrische Aspekte der Migration. In: Koch E, Özek. M, Pfeiffer WM (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Lambertus, Freiburg, 1995;S.17-30.

Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. A Meta-analysis. *JAMA* 2005;294(5): 602-612.

Rapp MA, Schnaider-Beeri M, Grossman HT, Sano M, Perl DP, Purohit DP, Gorman JM, Haroutunian V. Increased hippocampal plaques and tangles in patients with Alzheimer disease with a lifetime history of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(2):161-167.

Rapp MA, Schnaider-Beeri M, Purohit DP, Perl DP, Haroutunian V, Sano M. Increased neurofibrillary tangles in patients with Alzheimer disease with comorbid depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(2):168-174.

Razum O, Rohrman S. Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. *Gesundheitswesen* 2002;64:81-88.

Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U. Gesundheitsversorgung von Migranten. *Dtsch Ärztebl* 2004;101;2882-2887.

Razum O, Zeeb H. Suicide mortality among Turks in Germany. *Nervenarzt* 2004;75:1092-1098

Razum O, Zeeb H, Schenk L. Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. Migration und Gesundheit. *Deutsches Ärzteblatt* 2008;47:2520-1.

Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2(5):e141.

Sakamoto N, Martin RG, Kumano H, Kuboki T, Al-Adawi S. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *Int J Psychiatry Med* 2005;35(2):191-8.

Salman R, Collatz J. Interkulturelle Suchtprävention und Beratung – Qualifizierung von “Keypersons” und Aufklärungsveranstaltungen. In: R Salman, S Tuna, A Lessing (Hrsg.) Handbuch Interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen, 1999;S.128-145.

- Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R. Two-Year Follow-Up of the Patients Included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychol Med* 1977;7:529-541.
- Sartorius N, Davidian H, Ehrenberg G, Fenton FR, Jujii I, Gastpar M, Guibinat W, Jablensky A, Kielholz P, Lehmann HE, Naraghi M, Shimuzi M, Shinkfuku N, Takahashi R. Depressive disorders in different Cultures: Report on the WHO-Collaborative-Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders. World Health Organization, Geneva. 1983.
- Sartorius N. Cross-Cultural Research on Depression. *Psychopathol* 1986;19(2):6-11.
- Sartorius N, Gibinat W, Harrison G, Laksa E, Siegel C. Long-Term Follow-Up of Schizophrenia in 16 Countries: A Description of the International Study of Schizophrenia Conducted by the World Health Organization. *Soc. Psychiatry, Psychiatr. Epidemiol* 1996;31:249-258.
- Sartorius N. Psychiatrie in Entwicklungsländern. In: Helmchen H et al. (Hrsg.). *Psychiatrie der Gegenwart. Band 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen*. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 2000; pp.425-446.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textversion – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen. 2003.
- Schenk L, Bau A, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C. Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2006;49:853-860.
- Schepker R, Toker M, Eberding A. Eine Institution in der psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien. Praxisrelevante Ergebnisse des Projekts „Familiäre Bewältigungsstrategien“. In: Gogolin I, Nauck B (Hrsg.), *Migration, gesellschaftliche Differenzierung und Bildung*. Opladen 2000;S.245-278.
- Schepker R, Toker M, Eberding A. Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003;52:689-706.
- Schouler-Ocak M. Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen. In: Borde T, David M: *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2003;S.153-166.
- Schouler-Ocak M. Psychiatrische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. In: Rentrop M, Müller R, Bäuml J. (Hrsg.). *Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie*. 4. Auflage, Urban & Fischer; 2008; pp.715-749.
- Schouler-Ocak M, Haasen C. Sucht und Migration. *Sucht* 2008;54:268-270.
- Schouler-Ocak M, Rapp MA, Reiske S-L, Heinz A. Psychotherapie bei traumatisierten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. *Psychother Psych Med* 2008b;58:1-7.

Schouler-Ocak M, Reiske S-L, Rapp M, Heinz A. Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatized Migrant Patients from Turkey. *Transcult Psychiatry* 2008a; 45(4):652-70.

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Özek, M, Hauth I, Heinz A. Patients of Immigrant Origin in Inpatient Psychiatric Facilities - A Representative National Survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry* 2008;23:21-7.

Schouler-Ocak M, Hartkamp N, Koch E, Schepker R, Bretz JA, Hauth I, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – repräsentative bundesweite Umfrage der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Mitteilungen der BDK. Psychiatr Prax* 2009;36:202.

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Rapp MA, Aichberger MC, Schepker R, Hartkamp N, Koch E, Penka S, Hauth I & Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Vergleich zwischen Patienten aus Osteuropa und der Türkei - Bundesweite Umfrage zu Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Z Med Psychol* 2009;18:117-123.

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

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, Heredia Montesinos A, Koch E, Driessen M, Heinz A. Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen – ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft und Patienten ohne Migrationshintergrund. Repräsentative bundesweite Umfrage der Arbeitsgruppen „Psychiatrie und Migration“ und „Psychiatrische Institutsambulanzen“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Psychiatr Prax* 2010;37(8):384-90.

Schouler-Ocak M. Wahnstörungen aus interkultureller Perspektive . In: Garlipp P, Haltenhof H (Hrsg.). *Seltene Wahnformen- Psychopathologie, Diagnostik, Therapie*. Steinkopff Verlag, 2009; pp.187-195.

Schouler-Ocak M. Psychiatrische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. In: Gallinat J, Heinz A (Hrsg.). *Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Fischer, München; 2010; pp.347-362.

Schröder H. Interkulturelle Öffnung im Jugendamt München. In: TIK (Hrsg.) „Interkulturelle Öffnung“ als Integrationsstrategie für die Verwaltung. Dokumentation des Fachgespräches vom 21. September 2001, Berlin, 2001;S.37-42.

Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, postmigration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(2):179-87.

Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W, Oolders J, van der Velden M, Hoek HW, Rivero VM, van der Graaf Y, Kahn R. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001;178:367-72.

Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(2):111-5.

Sharpley M, Hutchington G, McKenzie K, Murray RM. Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. Review of current hypotheses. *Br J Psychiatry* 2001;40:60-8.

Sluzki CE. Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag. 2001;S.101-115.

Statistisches Bundesamt 2006: *Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2005*.

Statistisches Bundesamt 2008. *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2007*. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden, 2008.

Statistisches Bundesamt 2010: *Leben in Deutschland - Ergebnisse des Mikrozensus 2009*.

Steigner E. *Stigma und Depression in Deutschland. Ein Vergleich zwischen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund und autochthonen Deutschen*. unveröffentlichte Diplomarbeit; 2010.

Stöckigt B, Machleidt W. Behandlungsmethoden traditioneller Heiler in Ostafrika. In W. Machleidt & A. Heinz (Hg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier, 2011; S.457-459.

Stompe T, Friedmann A. Culture and Schizophrenia. In D. Bhugra and K. Bhui (eds.), *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge University Press. 2007; pp.314-322.

Suhail K, Conchrane R. Effect of culture and environment on the phenomenology of delusion and hallucinations. *Inter J Social Psychiatry* 2002;48:126-138.

Sumathipal A, Siribaddana SH, Bhugra D. Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *Br J Psychiatry* 2004;184:200-9.

Swinnen SG, Selten JP. Mood disorders and migration: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 190:6-10.

Tagay S, Zararsiz R, Erim Y, Düllmann S, Schlegl S, Brähler E, Senf W. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in Turkish-speaking patients in primary care. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58:155-61.

Treibel A. Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. 2. völlig neubearb. und erw. Aufl. München: Weinheim. 1999.

Tseng WS, Streltzer J. Cultural Competence in Clinical Psychiatry. American psychiatric Publishing, Washington, 2004.

Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. Schizophr Res 2006;86(1-3):189-93.

Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HD. Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. Am J Psychiatry 2008;165(1):66-73.

Wächter M, Kaufmann M. Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Krankenhaus. Modellprojekt zur interkulturellen Öffnung niedersächsischer Krankenhäuser. [http://www.bundesregierung.de/nn\\_774/Content/DE/Artikel/IB/Anlagen/BuKo2010-waechter,property=publicationFile.pdf](http://www.bundesregierung.de/nn_774/Content/DE/Artikel/IB/Anlagen/BuKo2010-waechter,property=publicationFile.pdf) [Letzter Zugriff: 20.07.2010]

Wittkower ED. Probleme, Aufgaben und Ergebnisse der transkulturellen Psychiatrie. In: Ehrhardt HE (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie. Frankfurt/Main 1972;S.305-312.

Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:357-376.

Wohlfahrt E, Zaumseil M (Hrsg.). Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2006.

Wolfersdorf M, Durant W & Hösch S. Psychisch kranke Ausländer als Patienten im psychiatrischen Fachkrankenhaus. Psycho 1999;25:82-95.

World Health Organization. The International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS). An international Follow-up. Willey, Chichester, 1979.

Ziegenbein M, Bartusch S, Calliess IT, Machleidt W. Integration von Migranten in die ambulante psychiatrische Versorgung. Psychopraxis 2008;5:30-33.

## **Danksagung**

Mein Dank gilt in erster Linie den Patienten, die an den vorliegenden Studien teilgenommen haben. Ich hoffe, dass die gewonnenen Erkenntnisse einen kleinen Teil dazu beitragen mögen, die Versorgung psychisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern.

Ich danke meinen klinischen und wissenschaftlichen Lehrern, die mich in den letzten 7 Jahren begleitet haben, insbesondere Herrn Prof. Dr. Andreas Heinz für seine kontinuierliche Unterstützung und für die freundschaftliche Aufnahme in seiner Klinik vor 7 Jahren. Ihm gilt mein Dank insbesondere auch für eine wissenschaftliche Ausbildung, die meine Neugier hilfreich kanalisierte und es mir mit seiner weiterführenden Unterstützung erst ermöglichte, als Wissenschaftlerin tätig zu werden. Dr. Eckhardt Koch und Dr. Norbert Hartkamp danke ich für ihre kontinuierliche Unterstützung meiner wissenschaftlichen Arbeit. Ebenfalls danke ich PD Dr. Michael Rapp, Dr. Joachim Bretz und Dr. Marion C. Aichberger und den wissenschaftlichen Mitarbeitern sowie Prof. Dr. Renate Schepker und Prof. Dr. Christian Pross für ihre engagierte Unterstützung und Beratung. Dr. Iris Hauth und Prof. Dr. Manfred Driessen gilt auch mein Dank für die Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchungen.

Meiner Familie danke ich für ihre Liebe, Zeit und Unterstützung.

## **Eidesstattliche Erklärung**

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde.
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden.
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Berlin, den 12.01.2012

Dr. med. Meryam Schouler-Ocak